



Keho, mieli ja vuorovaikutus

Kokemuksia liikuntaterapiaryhmästä nuorisopsykiatrisella osastolla

Fysioterapian koulutusohjelma,
fysioterapeutti
Opinnäytetyö
23.4.2010

Marko Kuukasjärvi
Petri Saarela

| | | |
|--|------------------------|-----------------|
| Koulutusohjelma | Suuntautumisvaihtoehto | |
| Fysioterapian koulutusohjelma | Fysioterapeutti AMK | |
| Tekijä/Tekijät | | |
| Marko Kuukasjärvi, Petri Saarela | | |
| Työn nimi | | |
| Keho, mieli ja vuorovaikutus - Kokemuksia liikuntaterapiaryhmästä nuorisopsykiatrisella osastolla | | |
| Työn laji | Aika | Sivumäärä |
| Opinnäytetyö | Kevät 2010 | 40 + 4 liitettä |
| TIIVISTELMÄ | | |
| <p>Liikunnan merkitys mielenterveydelle on jatkuvasti kasvava kiinnostuksen ja tutkimuksen kohde. Vaikka liikunnan on todettu sekä ennaltaehkäisevän että hoitavan mielenterveyteen liittyviä sairauksia, on tutkimus mielenterveyden ja fyysisen aktiivisuuden yhteyksistä vasta alkutekijöissään. Nuorten pahoinvointi on jatkuvasti tiedotusvälineissä esillä oleva asia, jonka viime vuosien koulusurmat on nostanut koko kansan keskusteluun.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla nuorisopsykiatrisella osastolla toteutettavan liikuntaterapiaryhmän toimintaa. Ohjasimme 6 ryhmäkerran kokonaisuuden talvella 2010 ja siihen osallistui kerrallaan 5 - 7 nuorta ja 4 - 6 henkilökunnan jäsentä (ohjaajat, opettaja, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja sekä sairaanhoidonopiskelijat). Ryhmän suunnittelun ja toteutuksen viitekehyksenä käytimme sekä psykofyysistä fysioterapiaa että psykomotorista terapiaa. Teoriatietoa hankittiin ryhmämuotoisesta terapiasta, vuorovaikutuksesta, terveyslähtöisyydestä, nuoruusiän kehityksestä sekä liikunnan ja mielenterveyden yhteyksistä.</p> <p>Ryhmästä kerättiin kokemuksia sen terapeuttisuuden toteutumisesta, sen osallistujien välisestä vuorovaikutuksesta sekä terveyslähtöisen näkökulman toteutumisesta. Luonteeltaan opinnäytetyömme oli toiminnallinen ja tiedonkeruussa käytettiin kvalitatiivisia menetelmiä. Näitä olivat ohjaajien oma havainnointi ja reflektiopäiväkirja sekä ryhmään osallistuneelle henkilökunnalle jaettu kyselylomake. Kerättyä tietoa analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Nuoret olivat ryhmissä syrjäänvetäytyviä ja niukkasanaisia. He pyrkivät toimimaan ryhmäharjoitteissa yksilölähtöisesti ja ottivat toisiinsa kontaktia vain hyvin vähän. Vuorovaikutus nuorten välillä oli olematonta, mutta kontaktia henkilökuntaan oli enemmän. Henkilökunta koki ryhmän tärkeäksi osaksi osaston toimintaa ja pitivät harjoitteita ikätasoisuuteen tukevinä. Liikuntaterapiaryhmä on sovellettavissa muille nuorisopsykiatrisille osastoille. Ohjaajina koimme ryhmän ohjaamisen mielekkääksi ja se tuki nuorten kuntoutusta.</p> | | |
| Avainsanat | | |
| Nuorisopsykiatria, psykomotorinen terapia, psykofyysinen fysioterapia, terapeuttinen vuorovaikutus, ryhmämuotoinen terapia | | |

| | | |
|---|-------------|-------------------------|
| Degree programme in | | Degree |
| Physiotherapy | | Bachelor of Health Care |
| Author / Authors | | |
| Marko Kuukasjärvi, Petri Saarela | | |
| Title | | |
| Body, Mind and Interaction - Experiences from an Exercise Therapy Group in an Adolescent Psychiatric Ward | | |
| Type of Work | Time | Pages |
| Final Project | Spring 2010 | 40 + 4 appendices |
| <p>ABSTRACT</p> <p>There is a growing interest in public and research on ways in which exercise affects mental health. Even though exercise is known to both prevent and treat mental illnesses, the research on connections between mental health and physical activity is still limited. Adolescent well being is also a growing concern, which has been brought into general conversation by the recent school shootings.</p> <p>The purpose of our final project was to describe how an exercise therapy group functions in an adolescent psychiatric ward. We held an exercise therapy group six times during winter 2010. We had five to seven adolescents and four to six members of staff (instructors, a teacher, an occupational therapist, a nurse and nursing students) who participated in each group session. Both the planning and execution of the group were based on physiotherapy in mental health and psychomotor therapy. Information was gathered on group therapy, interaction, health promoting perspective, adolescent development and connections between exercise and mental health.</p> <p>Observations from the group were gathered on its therapeutic effect, interaction between the participants and how the health promoting perspective was represented. Our final project can be characterized as a functional work in which qualitative methods were used in information gathering. The methods used were making observations about instructors and their reflection and a questionnaire for the participating staff. The information was then analysed to find similarities and differences between the group sessions.</p> <p>The adolescents were unsociable and short-spoken. They tried to perform individually even on group exercises and had little or no contact with each other. The adolescents interacted more with the staff than with each other. Interaction between adolescents was non-existent. The staff felt that the exercise therapy group was an important part of rehabilitation and that exercises were age appropriate. Exercise therapy group can be applied to other adolescent psychiatry wards. As the instructors we felt the group was meaningful and that it supported the rehabilitation of the participants.</p> | | |
| Keywords | | |
| adolescent psychiatry, psychomotor therapy, physiotherapy of mental health, therapeutic interaction, group therapy | | |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 2 |
| 3 | KEHITYS NUORUUSIÄSSÄ | 2 |
| 3.1 | Psykofyysinen kehitys nuoruusiässä | 3 |
| 3.2 | Kehollisuus nuoruusiässä | 4 |
| 4 | LIIKUNTA NUORUUSIÄSSÄ | 5 |
| 5 | MIELENTERVEYS NUORUUSIÄSSÄ | 6 |
| 5.1 | Terveyslähtöinen lähestymistapa | 7 |
| 5.2 | Nuorisopsykiatrian tehtävät ja tavoitteet | 7 |
| 6 | MIELENTERVEYS JA LIIKUNTA | 9 |
| 7 | KEHO JA MIELI FYSIOTERAPIASSA | 10 |
| 7.1 | Psykofyysinen fysioterapia | 10 |
| 7.2 | Psykomotorinen terapia | 11 |
| 7.2.1 | Psykomotorisen terapian perusteita | 12 |
| 7.2.2 | Psykomotorinen harjoittelu | 12 |
| 7.3 | Terapeuttien näkökulmien yhtäläisyyksiä ja eroja | 13 |
| 8 | RYHMÄMUOTOINEN TERAPIA | 15 |
| 8.1 | Terapeuttiset tekijät ryhmässä | 16 |
| 8.2 | Terapeutin rooli ryhmämuotoisessa terapiassa | 17 |
| 8.3 | Nuorisoryhmän erityispiirteitä | 18 |
| 8.4 | Terapiaryhmän muodostaminen | 19 |
| 9 | TERAPEUTTINEN VUOROVAIKUTUS | 19 |
| 9.1 | Vuorovaikutuksen muodot | 20 |
| 9.2 | Terapeuttinen keskustelu ja avoin dialogi | 21 |
| 10 | OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS | 23 |
| 10.1 | Opinnäytetyön toteutus | 23 |
| 11 | KOKEMUKSET LIIKUNTATERAPIARYHMÄSTÄ | 24 |
| 11.1 | Ryhmän terapeuttisuus | 25 |
| 11.2 | Vuorovaikutus ryhmässä | 26 |
| 11.3 | Henkilökunnan kokemukset | 27 |
| 12 | POHDINTA | 29 |
| 12.1 | Ryhmän terapeuttisuuden toteutuminen | 29 |
| 12.2 | Henkilökunnan osallistumisen merkitys | 31 |
| 12.3 | Yhteenveto | 32 |
| | LÄHTEET | 34 |

LIITTEET 1-4

1 JOHDANTO

Liikunnan merkitys mielenterveydelle on jatkuvasti kasvava kiinnostuksen ja tutkimuksen kohde. Vaikka liikunnan on todettu sekä ennaltaehkäisevän että hoitavan mielenterveyteen liittyviä sairauksia, on tutkimus mielenterveyden ja fyysisen aktiivisuuden yhteyksistä vasta alkutekijöissään. Tutkimustulokset ovat myös ajoittain ristiriitaisia. Liikunnan ja kehon merkitystä psyykkisen hyvinvoinnin tukena ei voida kuitenkaan aliarvioida. Keho ja sen terveys ja hyvinvointi ovat yhteydessä monin tavoin niin minäkuvaamme kuin yleiseen mielialaamme. (Vilén – Leppämäki – Ekström 2005: 268-269.)

Nuorten pahoinvointi on jatkuvasti tiedotusvälineissä esillä oleva asia. Viime vuosien koulusurmat ovat herättäneet aiheen koko kansan keskusteluun. Pääkaupunkiseudun osalta vuoden 2008 kouluterveyskyselystä käy ilmi huumekekelumäärien jatkuva kasvu, väkivallanpelon lisääntyminen sekä koulukiusaamisen voimakas kasvu. Raportti antaa viitteitä myös siitä, että nuoret kokevat olevansa ongelmiansa kanssa yksin. Nuoret eivät saa tietoa oman terveyden ylläpitämisestä terveystiedon opetuksesta ja he kokevat etteivät opettajat puutu kiusaamistilanteisiin. Tilastoista ilmenee muun muassa, että pääkaupunkiseudulla koululaisista 9 % kokee koulukiusaamista viikoittain, 8 % kiusaa, 10 % ei ole läheistä ystävää ja 11 % kokee, että keskusteluyhteys vanhempiin on huono. (Luopa ym. 2008.)

Yleisin yksittäinen mielenterveyden häiriö nuorilla on vakava masennustila 5-10 % ja lähes yhtä yleisiä ovat päihde- ja käytöshäiriöt. Sopeutumishäiriöitä on noin 5 % nuorista sekä ahmimis- ja tarkkaavaisuushäiriötä 2-5 %. Psykoosia esiintyy noin 1 % nuorista. Tieto siitä, miten pysyviä tai jatkuvia nuoruusiän häiriöt ovat aikuisiällä, on vielä puutteellista, mutta aikuisiän mielenterveyden häiriöitä käsitelleissä tutkimuksissa on tullut ilmi, että häiriöiden alku sijoittuu usein nuoruusvuosille. (Marttunen – Kaltiala-Heino 2007: 596-597.)

Nykyisen mielenterveyslain (Mielenterveyslaki 1990.) vastentahtoisessa hoidossa olevia alle 18-vuotiaita nuoria ei voida hoitaa täysi-ikäisten kanssa samalla osastolla. Vuonna 1996 Jorvin sairaalan perustettiin nuorisopsykiatrinen osasto, jossa aloitettiin viikoittainen liikuntaryhmä. Liikuntaryhmä toteutettiin yhteistyössä sairaalakoulun kanssa. Moniammatillisen ryhmän ohjausvastuussa oli osaston fysioterapeutti. Kun uusi kuntoutus-

osasto perustettiin, siirtyi liikuntaryhmä osaksi myös tämän toimintaa. Liikuntaryhmässä harrastetaan erilaisia liikuntalajeja, kuten erilaisia pallopelejä, kuntosalia, ulkoilua ja ratsastusta. Ryhmässä on aina vältetty kilpailullisuutta ja nuoret ovat voineet osallistua siihen omien voimavarojensa mukaisesti. Vaikka liikuntaryhmässä on aina ollut terapeutin viitekehys, opinnäytetyössämme olemme kehittäneet ryhmän sisältöä vastaamaan enemmän osaston tarpeisiin. Opinnäytetyömme on terveyslähtöinen ja katsomme nuorta ja nuoren kehittymistä psykofyysisestä näkökulmasta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla nuorisopsykiatrisella osastolla toteutettavan liikuntaterapiaryhmän toimintaa.

Opinnäytetyön tavoitteet ovat:

- Kuvata kokemuksia liikuntaterapiaryhmästä nuorisopsykiatrisella osastolla ryhmän ohjaajien sekä ryhmään osallistuvan henkilökunnan kertomana.
- Kuvata liikuntaterapiaryhmän terapeuttisuutta, sen osallistujien välistä vuorovaikutusta sekä ohjaajien roolia ryhmässä ja miten terveyslähtöinen näkökulma ryhmän toiminnassa toteutuu.

3 KEHITYS NUORUUSIÄSSÄ

Nuoruusikä on yksilön elämänkaareissa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihetta. Nuoruuskehitys alkaa fyysisesti puberteetista ja ajoittuu tavallisesti ikävuosiin 12 - 22. Nuoren fyysiset ja hormonaaliset muutokset sekä kasvava viettipaine aiheuttavat muutoksia psyykkisissä toiminnoissa. Nuoruus ei ole irrallinen ajanjakso henkilön elämässä, vaan edeltänyt lapsuus määrittää sitä voimakkaasti. (Marttunen - Kaltiala-Heino 2007: 595.) Nuoruus jaetaan yleisesti varhaisnuoruuteen (11 - 14 vuotta), keskinuoruuteen (15 - 18 vuotta) ja jälkivaiheeseen (19 - 22 vuotta), joissa jokaisessa on omat kehitystehtävänsä. Lapsuudesta nuoruus eroaa siten, että nuorella on jo monia aikuisista samaistumisen kautta hankittuja tietoja ja taitoja. Aikuisesta nuori eroaa kokemusmaailmansa epäkypsyydellä. (Rantanen 2004: 46-47.)

3.1 Psykofyysinen kehitys nuoruusiässä

Puberteetin aikana nuoren keho muuttuu radikaalisti. Lihaskasvu, karvoitus ja sukupuolihormonien erityis lisääntyvät, pojilla tulee äänenmurros ja tyttöjen rinnat alkavat kehittyä sekä kuukautiset alkavat. Puberteetin aikana hormonien aiheuttamat tunnereaktiot ovat hallitsemattomampia kuin aikuisiällä. (Berger 2007: 364-366.) Muutokset hämmentävät ja aiheuttavat nuoren entisen kehonkuvan hajoamisen ja kehon kontrolloinnin vaikeuksia. Varhaisnuori on korostuneen tietoinen kehostaan ja sen rajoista. (Rantanen 2004: 46.) Liian myöhäinen kehittyminen erityisesti pojilla tai liian aikainen kehittyminen tytöillä korreloivat suoraan heikomman itsetunnon ja koetun syrjinnän kanssa, sillä yhteisöpainet keskimääräisestä poikkeavan kehittymisen kohdalla voivat olla hyvin suuret. (Berger 2007: 369.)

Aivojen kehitys tapahtuu nuorilla hyvin epätasaisesti. Yksi nopeammin kehittyvistä aivojen osista on mantelitumake, joka säätelee nopeita ja voimakkaita tunnereaktioita, kuten iloa, surua, vihaa ja epätoivoa. Viimeisimpiä kehittyviä osia on tunnereaktioita, aistivasteita, suunnittelua ja organisointikykyä kontrolloiva otsalohko. Tämän voidaan pitää olevan osasyynä nuorten impulsiiviseen ja välillä ylimalkaiseen käytökseen puberteetin aikana. Hormonit, jotka edistävät kehon kypsymistä, eivät vaikuta aivojen kehittymiseen samoin. Aivojen kehittyminen riippuukin vain pääosin ajasta. (Berger 2007: 376-377.)

Psyykkisen kehityksen kannalta nuorelle on ominaista minäkeskeisyys. Nuori miettii, miten muut hänet näkevät, mitä muut ajattelevat hänen käyttäytymisestään ja miten hän saisi selvyyttä omista ristiriitaisista tunteistaan vanhempiaan, kouluun ja ikätovereitaan kohtaan. Toisin kuin lapset, nuori tiedostaa, että muilla on omanlaisensa ajatusmaailmat hänestä riippumatta. Nuori on myös herkkä yleistämään kokemiaan negatiivisia ja positiivisia reaktioita. (Berger 2007: 391-392.) Nuoruusiän tärkeimpinä kehitystehtävinä voidaan pitää oman täysikasvuisen ja sukukypsän kehon psykologista tunnistamista ja hyväksymistä, irtautumista lapsuuden emotionaalisista riippuvuussuhteista, aikuisen minäkuvan synnyttämistä sekä persoonallisuuden integroitumista (Marttunen 2007: 595).

Nuoren kehon muutokset ja kehitysvauhti ovat verrannollisia vauvan kehitykseen sillä erotuksella, että nuori on tietoinen kehityksestään. Pienimmätkin muutokset ovat merkityksellisiä, kun nuori pystyy itse seuraamaan niitä kehossaan. (Berger 2007: 416-419.)

3.2 Kehollisuus nuoruusiässä

Kehotietoisuudella tarkoitetaan omakohtaista tietoisuutta kehon ulko- ja sisäpuolelta tulevista ärsykkeistä. Kehotietoisuus liittyy olennaisesti sensorisen järjestelmän välittämään aistitietoon. Se ei ole tunne kuten pelko tai ilo, vaan tunteet ovat yhdistelmä kehon tuntemuksia, kuten kiihtynyt hengitys tai pulssi. (Rothschild 2000: 101-102.)

Kehontietoisuus sisältää henkilön elämyksen, kokemuksen ja käsityksen omasta kehostaan. Tähän kuuluvat esimerkiksi tietoisuus kehon rajoista, mittasuhteista ja ulottuvuuksista. Lisäksi siihen liittyy jonkinlainen ymmärrys liikkeiden synnystä sekä aistihavainnot kehon asennosta ja toimintamekanismeista. Kehotietoisuus sisältää myös emotionaalisen ja henkisen elementin. Katsomme kehontietoisuuteen sisältyvän keskeisesti henkilön ymmärryksen ja kokemuksen siitä, miten emotiot näkyvät hänen kehossaan. Henkilö voi esimerkiksi tiedostaa punastuvansa, pidättävänsä hengitystä tai jännittyvänsä tietynlaisissa tilanteissa. Ihmisen käsitys omasta suorituskyvystään, nivelten liikkuvuudesta ja lihasvoimastaan on osa kehontietoisuutta. (Roxendahl 1987: 28-29)

Kehonkuva tarkoittaa ihmisen tietopohjaista ja tunnepohjaista mielikuvaa omasta kehostaan. Oman kehon kokeminen on yksi arkielämän peruskokemuksista. Ihmisen identiteetti perustuu keskeisesti omasta kehosta saatuihin tuntemuksiin. Kehonkuvan elementtejä ovat ulkomuoto, rajat, massa, sisätilat, aukot, tuotteet ja satelliitit. (Blinnikka 1995: 103-105.) Kehonkuvan muodostumisen mukana ihminen alkaa hahmottaa omaksi persoonakseen, sekä alkaa tietoisesti havaita sen erityispiirteitä. Erot itsensä ja muiden välillä syntyvät vähitellen monenlaisen kokeilemisen kautta. Kehon tunteminen vaatii kehonkuvan muotoutumista vaikka ne osin kehittyvät rinnakkain. Kehontietoisuus on syvempää ja kokonaisvaltaisempaa oman itsensä tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa. (Herrala – Kahrola – Sandström 2008: 26,31.)

Nuoruusiässä keho muuttuu jatkuvasti niin radikaalisti, että nuoren on mahdotonta hyväksyä kaikkia muutoksia. Nuoren näkökulma muutoksiin on usein vääristynyt ja nuori liioittelee ja keskittyy juuri kokemiinsa ongelmakohtiin. Tämä saattaa johtaa merkittä-

viin ongelmiin esimerkiksi ravitsemuksen suhteen; tukeudutaan väärin ymmärrettyihin ravintosuosituksiin, tytöt aloittavat herkästi laihdutuskuureja ja pojat kokevat, ettei lihaskasvu ole riittävää ja tukeutuvat steroideihin. Erilaisiin etnisiin ryhmiin kuuluvilla nuorilla on vaikea sopeutua mainonnan ja median tuomiin malleihin nuorista aikuisista, joiden kehon muoto on jo geenipohjaltaan täysin omastaan poikkeava. (Berger 2007: 370.)

4 LIIKUNTA NUORUUSIÄSSÄ

Liikunnalla on kaikille positiivisia vaikutuksia terveyteen. Se laskee verenpainetta, vahvistaa sydäntä ja keuhkoja, vähentää tai voi estää masennusta ja monia elintasosairauksia. (Berger 2007: 456.) Yleisesti suositeltu liikunnan määrä on kohtalaisesti kuormittavaa aerobista liikuntaa 30 - 60 minuuttia päivässä sekä lihaskuntoa ja luustoa kehittävää liikuntaa kaksi kertaa viikossa (Ward 2007: 18-19). Nuoruusiässä harrastusliikunta vähenee, koska moni muu asia kilpailee nuorten vapaa-ajasta. Lapsuuteen verrattuna liikunta vähenee tytöillä poikia enemmän. Erityisesti pojilla organisoidun ja seuroissa harjoitettavan liikunnan määrä vähenee ja tämän tilalla oma-aloitteinen ja kaveriporukassa tapahtuva liikunta lisääntyy. Nuorilla, joilla on sosiaalisissa tai perhesuhteissa ongelmia, tällainen kehityssuunta ohjaa pois aiemmista liikuntaharrastuksista ja nostaa kynnystä aloittaa uusia. (Salmela 2006: 126.)

Liikkuvan elämäntyylin ylläpitämistä nuoruusiässä edesauttaa sitä suosivat ihmissuhteet (Berger 2007: 457; Salmela 2006: 126; Coalter 2007: 205). Psykkisesti oireilevilla nuorilla ihmissuhteet usein kärsivät. Suurimpina syinä olla osallistumatta liikuntaan pidetään nuoren kokemaa liikunnallista taitamattomuutta, rahan tai ajan puutetta sekä aikaisempia koululiikunnan huonoja kokemuksia. Nuori on voinut kokea liikuntatunnit yksitoikkoisiksi, arvosteleviksi ja valinnanvapautta rajoittavaksi. (Biddle 2008: 48-49; Salmela 2006: 126.)

Nuoruusiässä liikunnasta on tarve saada onnistumisen ja osaamisen kokemuksia. Jatkuvat häviämisen ja heikkouden kokemukset aiheuttavat nopeasti motivaation romahtamisen ja saavat nuoren välttämään liikuntaa ja motorisia tehtäviä, jolloin motoriset ja vuorovaikutustaidot sekä myönteinen minäkuva eivät pääse kehittymään. Liikkumattomuus aiheuttaa myös nuorilla somaattisia haittoja, kuten tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja ja

ylipainoa. Nuori saattaa pyrkiä kompensoimaan tilannetta syrjäänvetäytymisellä, häiriökäyttäytymisellä tai psykosomaattisella oireilulla. (Koljonen 2005: 79-80)

Sisäisen liikuntamotivaation synnyttäminen on yksi nuoren liikkumisen keskeisimpiä tehtäviä. Mikäli nuori ei koe itseään päteväksi liikunnassa, hän ei todennäköisesti halua jatkaa harrastustaan. Kun nuori kokee itsensä fyysisesti päteväksi, kokee hän itsensä myös puoleensavetäväksi ja tämä edistää nuoren itsearvostusta ja liikunnan harrastamista. (Salmela 2006: 132.)

5 MIELENTERVEYS NUORUUSIÄSSÄ

Varhaista vuorovaikutusta käsittelevät tutkimukset korostavat sitä, miten lapsi elämänsä alusta alkaen saamansa hoivan ja hoivaamisen kautta sisäistää hyviä ja huonoja sopeutumismalleja ja keinoja. Näiden riittämättömyys tai epäsopivuus ilmenee lapsella aina psykosomaattisesti. Mikäli lapsi ei saa myöhemmän kehityksensä myötä korjaavia kokemuksia hyvien ihmissuhteiden kautta, voi psykosomaattinen oirehdinta jatkua ja johtaa nuoruusiässä mielenterveyden järkkymiseen. Tällainen lääketieteellinen näkökulma pätee hyvin nuoren kehityksen häiriintymisen, jossa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista puolta on vaikea välillä erottaa toisistaan. (Tamminen 2004: 318-319.)

Nuoren voidaan sanoa kärsivän mielenterveyden häiriöstä silloin, kun hänen kehityksensä on pysähtynyt ja tasapainottomuus aiheuttaa hänelle selviä haittoja, kuten opiskelun lamaantumista, ihmissuhteiden ylläpidon vaikeutta sekä lisääntynyttä ristiriitaherkkyttä lähiympäristön kanssa (Marttunen – Kaltiala-Heino 2007: 595). Samoin kuin lapsilla, nuorilla mielenterveyden häiriöt voivat ilmetä myös kehollisina oireina, eli psykosomaattisena oirehdintana. Tämä voidaan havaita hyökkäyksinä omaa kehoa kohtaan, kuten viiltelynä tai itsetuhoisena käytöksenä. (Rantanen 2004: 46-47). Nuoruusiän kehityksen häiriö voi johtua nuoren minän rakenteen heikkoudesta, jolloin hänen on pakko pitää kiinni tiukasti lapsuudenaikaisista omantunnon rakenteistaan. Hänen persoonallisuutensa voi olla niin hatarasti rakentunut, että itsenäistyminen on hänen heikolle itsetunnolleen liian iso uhka. (Engblom 2007: 22.)

5.1 Terveyslähtöinen lähestymistapa

Aaron Antonovsky kehitti terveyslähtöisen, eli salutogeenisen lähestymistavan, reaktiona länsimaisessa lääketieteessä vallallaan olevalle sairauslähtöiselle, eli patogeeniselle lähestymistavalle (Langeland 2007: 18). Terveydellä tarkoitetaan mielen ja kehon vuorovaikutusta ja tämän vaikutusta hyvinvointiin ja sairauksiin (Antonovsky 1987: 8) Hän oli kiinnostunut terveyden alkuperästä ja piti terveyttä ja sairautta kahden pisteen välisenä jatkumona. Lähestymistavassa on tärkeämpää henkilön koko elämäntarina kuin pelkkä diagnoosi. Terapiatyössä on tärkeää tunnistaa ja ymmärtää voimavaroja sekä ohjata henkilöä kohti terveyttä. Mitä lähempänä ollaan terveyttä, sitä korkeampi yhtenäisyyden tunne, eli tunne elämässä selviämisestä ja sen tarkoituksenmukaisuudesta. Elämässä selviämistä edistää elämänsä ja itsensä merkitykselliseksi tunteminen. (Langeland 2007: 18-23.)

Terveyslähtöisen lähestymistavan mukaan ihminen käyttää ongelmanratkaisutilanteissa omia sisäisiä voimavarojaan, joita ovat esimerkiksi älyllinen suorituskyky ja vuorovaikutustaidot. Voimavarat voidaan jakaa ulkoisiin tai sisäisiin. Ulkoisia voimavaroja ovat sosiaalinen tuki ja mahdollisuus kehittää itseään. Sisäisiä voimavaroja ovat persoonallisuuden kuuluvat ominaisuudet kuten koherenssin tunne ja temperamentti. Koherenssin tunne ilmenee valmiutena käynnistää ja ohjalla omia voimavarojaan. Varhaislapsuuden kokemukset vahvistavat koherenssin tunnetta, joka rakentaa sairauslähtöisyyden sijasta ihmisen terveyttä edistävää suhtautumistapaa itseensä. (Herrala ym. 2008: 143.) Voimavara- ja lähtöisen lähestymistapaan kuuluu pyrkimys löytää ja korostaa ihmisen sisäisiä voimavaroja, jolloin itseluottamus paranee ja ihminen uskaltaa vähitellen yrittää uusia ja vaikeampia tehtäviä (Koljonen 2000: 86).

5.2 Nuorisopsykiatrian tehtävät ja tavoitteet

Lasten ja nuorten psykiatriin häiriöihin ei voida tämän hetkisen tietämyksen perusteella esittää mitään yksittäistä tekijää. Kyse on biologis-geneettisten ja psykososiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksesta ja epäsuotuisten syytekijöiden kasautumisesta ja niiden yhteisvaikutuksista. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon tavoitteena voidaan pitää niiden biologisten, psykologisten tai sosiaalisten vuorovaikutusketjujen avainkohtien selvittämistä, joihin vaikuttamalla negatiiviseen suuntaan kulkeva kehitys voidaan kääntää positiiviseen suuntaan. (Piha 2007: 399.)

Nuorisopsykiatrisella osastolla tutkitaan ja hoidetaan nuoria, joilla on vakava psyykinen kriisi, itsetuhoisuutta, vaikeaa emotionaalista, käytöshäiriöistä tai psykoottista oireilua, vetäytymistä ihmissuhteista sekä joutumista seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Osastolla on myös nuoria, joiden psyykkiset häiriöt johtuvat ensi- tai toissijaisesti somaattisista ja neurologisista syistä tai psykosomaattisesta oirehinnasta. Osastohoidon saatavuuden vähäisyys tällä hetkellä Suomessa johtaa monesti siihen, että sitä suositellaan pääasiassa tilanteissa, joissa nuoren ja perheen ongelmat liittyvät olennaisesti toisiinsa ja jossa moniongelmaisen perheen voimavarat eivät riitä oireilevasta nuoresta huolehtimiseen. (Piha 2004: 389.)

Nuorisopsykiatrisessa arvioissa on kuvailevan psykiatrisen diagnoosin lisäksi tarpeen arvioida nuoruusiän sen hetkinen kehitysvaihe ja sen mahdolliset häiriöt. Häiriintyneen ja normaalin kehityksen ero voi joskus olla vähäinen, mutta vakavissa mielenterveyden häiriöissä kehitys on aina vaikeutunut tai jumiutunut. Nuoren tilannetta tulee arvioida laaja-alaisesti. Luotettavin diagnoosi saadaan, kun tietoa voidaan koota usealta eri taholta kuten nuorelta itseltään, hänen vanhemmiltaan ja koulusta. (Marttunen - Kaltiala-Heino 2007: 595-596; Kumpulainen 2004: 130-131.)

Nuoruusiän mielenterveyden häiriöille on ominaista niiden komorbideetti, eli yhtäaikaista häiriöitä voi olla useita. Monet nuoruusiän kehitykseen ja elämänpiiriin kuuluvat riskitekijät, kuten varhainen puberteetti, seksuaalisuuteen liittyvät pulmat, koulukiusaus, ystävyysuhteiden ongelmat, sosiaalisen tuen puute sekä vanhemmuuden ongelmat ovat suoraan yhteydessä moniin mielenterveyden häiriöihin. (Marttunen – Kaltiala-Heino 2007: 597.)

Osastohoidossa pyritään välttämään nuoren laitostumista painottamalla sairaalahoidon tilapäisyyttä ja korostamalla sitä, että hoidon ensisijainen päämäärä on aina nuoren palaaminen entiseen elin- ja asuinympäristöön. Lyhytaikaisessa tutkimuksessa olevista nuorista 30 – 40 % siirtyy välittömästi tai myöhemmin pitkäaikaiseen osastohoitoon. Moniongelmaisessa perheessä nuoren laitostuminen voi olla ongelma, jos nuori siirtyy sairaalasta sijoitukseen ilman mahdollisuutta siirtyä takaisin aikaisempaan elinympäristöönsä. (Piha 2004: 388-389.)

6 MIELENTERVEYS JA LIIKUNTA

Liikunnan ja mielen­terveyden yhteydellä ja liikunnan positiivisilla vaikutuksilla mielen­terveyden parantamiseen ja ylläpitämiseen on useita sekä fysiologisia että psykologisia syitä, joiden keskinäiset mekanismit ovat vielä osin epäselviä. Liikunnan jälkeinen hy­vänolon tunne ja parantunut mieliala voivat osittain selittyä liikunnan tarjoamalla mah­dollisuudella kohdistaa huomioita negatiivisista ärsykkeistä toisaalle. Liikunnan sään­nöllistä harrastamista ja siihen osallistumista voidaan pitää myös haasteellisena ja siinä onnistuminen tuo voimaantumisen ja onnistumisen tunnetta sekä tarjoaa luonnollisen väylän erityisesti ryhmäliikuntalajeissa uusien sosiaalisten suhteiden luomiseen ja niissä menestymiseen. Liikunta lisää endorfiinien erityistä sekä eräiden hermoston välittäjäai­neiden aktiiviteettiä. Tähän perustuu myös joidenkin masennuslääkkeiden vaikutusme­kanismi. (Peluso – de Andrade: 2005: 62; Faulkner – Taylor 2005: 2-3; Schmitz – Kruse – Kugler 2004: 1200; Biddle – Mutrie 2008: 280-281.) Tällä hetkellä on tutkimusnäyt­ttöä liikunnan yhteydestä mielen­terveysongelmien ehkäisemiseen, yleisen psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen, mielen­terveyspotilaiden elämän­laadun parantamiseen sekä psyykkisten sairauksien hoitoon (Mutrie – Faulkner: 2003: 82).

Liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia silloin, kun se on omaehtoista, positiivisia ko­kemuksia tuottavaa ja sopivan haastavaa. Satunnaiset liikuntakerrat kohottavat mielialaa hetkellisesti, mutta pitkäaikaisvaikutuksia saa varmimmin liikunnallisen elämäntavan omaksumisella. Liikunnan vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat harrastetusta lii­kuntalajista huolimatta sitä suurempia, mitä suuremmat odotukset siihen kohdistuvat, mitä voimakkaammin siihen sitoudutaan ja mitä hyödyllisemmäksi se koetaan. (Ojanen 1995: 24-25.) Käyttäessään kehonsa voimaa, liikkuvuutta ja kestävyyttä, nuori tutkii kehonsa toiminnan rajoja. Tämä on tapa päästä sinuiksi kehon realiteettien kanssa. (van Wonterghem: 1997: 262.) Jan Knapenin tutkimusryhmä on todennut kahdessa tutki­muksessaan psykomotorisen liikuntaryhmien aikana parantuneen fyysisen minäkuvan kohottaneen osallistujien itsetuntoa, sekä laskeneen heidän ahdistuneisuuttaan ja masen­toneisuuttaan (Knapen ym. 2005).

7 KEHO JA MIELI FYSIOTERAPIASSA

Tunteemme ilmenevät väistämättä omassa kehossamme, eikä niitä voi syntyä ilman, että keho siihen reagoisi. Tunteisiin liittyvää kehon reagointia ei voi estää eikä hillitä. (Svennevig 2005: 20-24; Rothshild 2000: 56.) Jokainen tunne ilmenee, näkyy sekä tuntuu kehossamme eri tavoin (Rothshild 2000: 56). Keho ja mieli ovat toiminnallisesti tasavertaisia. Mielen rakenteilla ja neuroottisilla malleilla on fyysisiä ilmenemismuotoja kuten lihasjännitykset. (Eiden 2002: 35.) Osa rikkaimmista ja tärkeimmistä hetkistämme säilyy kehomme muistissa. Tällaiset muistikuvat voivat nousta pintaan tuoksun, kosketuksen tai katseen myötä. (Staunton 2002: 2.) Sana kehonmuisti voi antaa väärän kuvan käsitteestä. Todellisuudessa keho ei säilytä muistoa, vaan ihmisen aivot varastoivat sen. Tämä tarkoittaa sitä, että kehonmuistilla on yhteyksiä aivojen sekä autonomisen, sensorisen ja motorisen hermoston välillä. Kehonmuisti on tiedostamatonta muistia. (Rothshild 2002: 105.)

Kehon ja mielen suhtautumisesta ja määräävästä asemasta toisiinsa nähden on tutkijoilla erimielisyyttä. Yksimielisyys on kuitenkin siitä, että kehon reaktiot ja ympäristön tapahtumat yhdessä tuottavat tunnekokemuksen. Se on voimakkaampi henkilöillä, jotka ovat herkkiä kehostaan tuleville ärsykeille. Ihmisen tunnetila, mielentila, aikomukset ja esot näkyvät ulospäin olemuksessa ja asennoissa. Kehollisen olemuksen ajatellaan olevan jonkinlainen psyykkisen tilamme ruumiillistuma. Kehon tuntemusten ja lihasjännitysten tarkkailu lisää itsetuntemusta. (Svennevig 2005:39.)

7.1 Psykofyysinen fysioterapia

Terveystieteiden ja fysioterapian lähtökohtana on aina kokonaisen ihmisen kohtaaminen (Herrala ym. 2008: 9-10; Jaakkola: 2005: 6). Psykofyysisen fysioterapia on lähestymistapa, jonka avulla pyritään vahvistamaan ja tukemaan ihmisen liikkumis- ja toimintakykyä sekä voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisuus ja näkemys ihmisestä ilmenevät psykofyysisen fysioterapian tutkimis- ja työtapojen valinnassa ja niiden toteutustavoissa. (Jaakkola 2009: 8.) Tavoitteena on toimintakyvyn palauttaminen ja lisääminen. Ihmistä voidaan katsoa fyysis- psyykkis- ja sosiaaliseksi kokonaisuudeksi. (Herrala ym. 2008: 9-10.)

Psykofyysinen fysioterapia perustuu muun muassa tietoon, jonka mukaan mielen emootiot vaikuttavat kehon fyysisiin muutoksiin. Terveiden tasapainon ylläpitäjänä emootiot ovat tärkeitä, sillä keho reagoi tunteisiin fysiologisilla muutoksilla. Toisaalta myös kehon tapa reagoida kehollisiin kokemuksiin kertoo tunteistamme. (Wickström 2004: 25.) Perusajatuksena on kehon, mielen ja ympäristön yhteys. Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuuden arvioinnissa pelkän havainnoinnin ja arvioinnin rinnalle nousee henkilökohtainen kokemus ja palaute. (Jaakkola 2009:8.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa korostetaan, että fysioterapeutti kuuntelee, katsoo ja tutustuu ihmiseen eikä kiirehdi neuvomaan ja ohjaamaan. Psykofyysisen fysioterapian mukaisesti ratkaisuja ongelmiin etsitään yhdessä nuoren kanssa ja sallitaan hänelle itselleen oivaltamisen ilo. Voimavaroja etsittäessä suuri merkitys on fysioterapeutin läsnäololla, jonka elementtejä ovat kiinnostus, empatia, kunnioitus ja herkkyys. (Jaakkola 2009: 8-9.) Psykofyysinen fysioterapian näkökulma ja sille tyypilliset fysioterapian keinot ovat sovellettavissa kaikilla fysioterapian osa-alueilla ja kaikki fysioterapian keinot ovat käyttökelpoisia psykofyysisessä fysioterapiassa (Jaakkola: 2005: 6).

Psykofyysistä fysioterapiaa voi olla vaikka pieni liike, kosketus tai esimerkiksi venytys, joka tuo elävyyttä kehoon. Psykofyysisen fysioterapian alkuna voi olla hetki ilman mitään vaatimuksia ja fysioterapeutin tehtävänä on olla läsnä. Jo tästä voi nuori löytää itselleen voimavaroja. Psykofyysisessä fysioterapiassa on tärkeää hiljalleen auttaa nuorta kontaktiin omaan kehoonsa ja liikkeeseen. (Jaakkola 2009: 10.)

7.2 Psykomotorinen terapia

Psykomotorisessa terapiassa voidaan ihmistä ja hänen hyvinvointiaan havainnoida liikkeen kautta. (Zimmer 2001: 148-149). Psykomotoriikkaa voidaan kuvata liikuntaterapiana, jossa terapeutit käsittelevät ihmisen liikettä, sekä kehollisia tunteita (Stegink 1997: 47). Renate Zimmerin (2001: 149) mukaan psykomotorisessa kasvatuksessa sekä terapiassa on tavoitteena liikunnallisten elämysten kautta vakauttaa persoonallisuutta, sekä tasoittaa motorisia heikkouksia ja häiriöitä. Liikunnallisesti poikkeaviin nuoriin psykomotorinen harjoittelu voi vaikuttaa normaalielämään integroivasti, sekä auttaa heitä löytämään takaisin liikunnan pariin.

7.2.1 Psykomotorisen terapian perusteita

Psykomotorinen terapia on kuntoutusmuoto, jossa liike ja kehonkokemukset ovat koko terapian lähtökohtia (Steggink, Vermeer 1997: 99). Renate Zimmer psykomotoriikan kehittäjänä kuvaa psykomotoriikkaa näkemyksenä ihmisen kehityksestä ja sen edistämisestä. Liikuntaa käytetään kehitysprosessin käynnistäjänä sekä tukena. Psykomotoriikan on kuvailtu olevan tie ihmiseen itseensä ja silta toisiin ihmisiin ja että psykomotoriikan ihmiskuva on humanistinen, sillä siinä korostetaan yksilön itsenäisyyttä ja autonomiaa. Humanistisessa näkökulmassa ihminen nähdään subjektina, joka itsenäisyydestä ja ympäristön hallinnasta huolimatta on aina vuorovaikutuksessa sosiaaliseen yhteisöön. Ympäristö tarjoaa haasteita, joihin yksilö toiminnallaan vastaa. (Koljonen 2000: 74.)

Psykomotoriikassa korostuu holistinen näkökulma. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihminen on kokonaisuus, jossa yhdistyvät psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja fyysismotoriset prosessit. Ne ovat kiinteässä yhteydessä ja vuorovaikutuksessa toisiinsa. Keho ja mieli sekä tunne ja järki ovat aina osallisena kaikessa toiminnassa. Psykomotoriikka käsittelee psyykkisten ja motoristen toimintojen yhteyttä, sillä nämä liittyvät olennaisesti havainnoimiseen, liikkumiseen ja ympäristössä toimimiseen. Nämä muodostavat teorian mukaan toiminnallisen kokonaisuuden, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ihmisen ja ympäristönsä kanssa. Kaikki nämä osat ovat yhteydessä toisiinsa, joten motorikan ja havainnoimisen ongelmia ei voida käsitellä erikseen toisistaan tai ympäristöstä. (Koljonen 2005: 75, Steggink 1997: 47.)

Psykomotoriikka on poikkitieteellinen ala, jonka käytäntöön ja teoriaan on vaikuttanut monet tieteen alueet kuten psykologia, sosiologia, lääketiede, kasvatustiede, erityispedagogiikka ja liikuntatiede (Koljonen 2000: 73-74).

7.2.2 Psykomotorinen harjoittelu

Psykomotorisissa harjoitteissa käytetään erilaisia liikuntapedagogisia elementtejä, kuten liikuntapelejä ja –leikkejä, aistiharjoitteita, rytmiikkaa, tanssi- ja musiikkiharjoitteita. Psykomotoriikassa voidaan käyttää myös esittäviä harjoitteita kuten liikuntateatteria ja akrobatiaa, urheilumotorisia harjoitteita esimerkiksi trampoliini-, palloharjoituksia, psykomotorisia ratoja ja kehon hahmotusta sisältäviä harjoituksia. Harjoituksia voidaan tehdä liikuntasalissa, uima-altaassa sekä luonnossa. Yksi tärkeimmistä päämääristä onkin tarjota nuorille virikkeitä liikkumiseen ilman suorituspakkoa. Psykomotoriikassa

harjoitetaan motoriikkaa, luovaa ajattelua, hahmottamista, kekseliäisyyttä, tunteiden ilmaisua sekä sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Nuorten annetaan suorittaa tehtävät itsenäisesti omassa tahdissaan ja yksilöllisyyttä pyritään korostamaan. Psykomotoriset harjoitukset sopivat periaatteessa kaikille lapsista vanhuksiin, mutta parhaiten ne sopivat kuitenkin lapsille ja nuorille. (Koljonen 2005: 77, 81, 84-85.)

Psykomotoriikassa harjoitetaan ja muokataan perusliikuntataitoja, mutta keskipisteenä harjoittelussa on nuori itse oman toimintansa ja kokemusmaailmansa pohjalta. Psykomotoriikassa ei päde urheilulle tyypilliset arvot kuten kilpailullisuus. (Zimmer 2001: 149-150) Sensomotoristen leikinomaisten harjoittelun sisällöissä painotetaan aistien avulla tapahtuvaa kehontuntemusta, vuorovaikutusta ja yhteistyötä sekä luovaa työskentelyä erilaisten välineiden ja materiaalien kanssa (Koljonen 2005:83-84). Psykomotoriikka on nuoren persoonan tukemista ja edistämistä liikunnan avulla. Psykomotoriikassa nuori saa monipuolisia kokemuksia itsestään, omasta kehostaan sekä saa sosiaalisia, kognitiivisia ja emotionaalisia oppimiskokemuksia. (Koljonen 2000: 27).

Psykomotorisessa terapiaryhmässä pyritään noudattamaan usein tiettyä rakennetta. Tämä ei kuitenkaan ole ehdoton toteuttamistapa. Käytännössä on havaittu, että samankaltaisena toistuva ryhmäkerran rakenne, tuttu järjestys, tietyt rituaalit ja selkeät rajat luovat turvallisuuden tunnetta sekä selkeyttä ryhmissä. Psykomotorinen terapiaryhmä aloitetaan usein alkupiirissä, jossa kerrotaan kuulumiset sekä ryhmäkerran harjoitteet. Alkuleikkiin tai alkupeliin voivat kaikki osallistua aktiivisesti ilman suorituspaineita tai rajoituksia. Rakentamisvaiheessa kehitetään tiettyjä taitoja liikunnan avulla. Tunti pyritään päättämään aina rentoutumiseen ja rauhoittumiseen. Rentoutumisen lisäksi pyritään valitsemaan harjoituksia, jotka kehittävät kehontuntemusta ja yhteistoimintaa. Ryhmän lopuksi pidetään loppukeskustelu. Loppukeskustelun aikana keskustellaan omista tunteista ja tuntemuksista. (Koljonen 2005: 87-88.)

7.3 Terapeuttisten näkökulmien yhtäläisyyksiä ja eroja

Psykomotorinen terapia on lähtöisin Keski-Euroopasta, jossa kehon ja mielen yhteyttä korostavia ammattilaisia koulutetaan psykomotorisen terapeutin nimellä (Suomen Psykomotoriikkayhdistys ry 2009). Psykomotoriikka oli aluksi 50- ja 60-luvuilla selkeästi kliinisesti painottunut ja terapeuttista, mutta pikkuhiljaa siitä kehittyi myös kasvatuksellinen suunta. Tätä kasvatuksellista psykomotoriikkaa on näkynyt käytössä esimerkiksi

Keski-Euroopan päiväkodeissa, esiopetuksessa sekä koululiikunnassa. (Koljonen 2005: 75.) Skandinaviassa kehon ja mielen välinen terapia on ollut fysioterapeuttien työväline. Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa tätä fysioterapian alaa, jossa ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä korostetaan, kutsutaan psykofyysiseksi fysioterapiaksi. (Psyfy ry 2009.)

Sekä psykofyysisessä fysioterapiassa että psykomotorisessa terapiassa keskeistä on juuri ihmisen psyykeen ja fyysisen minän yhteys. Fyysisiä, psyykkisiä ja emotionaalisia reaktiota ei pystytä selkeästi erottamaan toisistaan, sillä kaikki ovat aina ihmisessä läsnä. (Thornquist, Bunkan 1991: 18; Herrala ym. 2008: 32.) On olemassa monia muitakin kehollisuuteen perustuvia terapiasuuntauksia, jotka enemmän tai vähemmän käyttävät kehotietoisuutta metodinsa perustana tai sen lisänä (Rothschild 2000: 101). Tällaisia ovat esimerkiksi mindfulness, eli tietoinen läsnäolo, jota voidaan kutsua myös meditaatioksi sekä alun perin tanssiterapiasta lähtöisin oleva Laban-tekniikka (Kabat-Zinn 2006: 21; Lundvik Gyllesten 2001: 14, 16). Myös psykoterapian menetelmissä keholla on tärkeä rooli. Esimerkiksi Wilhelm Reich ja Alexander Lowen ovat kehittäneet tällaisia keho-psykoterapeuttisia interventioita. (Lundvik Gyllesten 2001: 14.)

Psykomotorisen harjoittelun sisällön keskeisiksi osa-alueiksi katsotaan olevan juuri aiemmin mainittu kekokokemus, materiaalikokemus ja sosiaalinen kokemus. Materiaalikokemus liittyy ympäristön ja tilan havainnointiin ja siihen sopeutumiseen sekä välineistöön ja sen lainalaisuuksiin tutustumiseen, jotka tuottavat kokijalle yksilöllisiä aistikokemuksia. Sosiaalisella kokemuksella tarkoitetaan kommunikointia ja vuorovaikutusta muiden kanssa, yhteisten sääntöjen noudattamista sekä yhdessä tekemistä. (Koljonen 2005: 82-83.) Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat erityisesti terapeuttinen harjoittelu, ohjaus ja neuvonta. Terapeuttinen harjoittelu sisältää mm. manuaalisia käsittelyjä, hengitysharjoituksia ja rentoutustekniikoiden harjoittelua sekä kehonhahmottamisen harjoituksia sekä vuorovaikutusta vahvistavia että toiminnallisia harjoituksia. (Psyfy ry 2009.) Psykomotoriikassa menetelmänä käytetään erityisesti prosessisuuntautunutta liikunnallista terapiaa, jota toteutetaan yleensä ryhmätoimintana, mutta on mahdollista myös yksilöharjoitteluna (Koljonen 2005: 81).



KUVIO 1.

Näkemyksemme psykofyysisen fysioterapian ja psykomotorisen terapian yhtäläisyyksistä ja eroista sekä niiden lähitieteenaloja.

8 RYHMÄMUOTOINEN TERAPIA

Ryhmämuotoinen kuntoutus alkoi kehittyä 1900-luvun alussa. Vasta 40-luvulla ryhmäterapiaa alettiin käyttää systemaattisemmin myös psykoterapeuttisena keinona. Toisen maailmansodan jälkeen ryhmäterapiaa alettiin USA:ssa kehittää entistä enemmän ja nykyään ryhmäterapiaa käytetään terapiamuotona erilaisissa ympäristöissä ja instansseissa erilaisista näkökulmista toteutettuna. (Skjaevren 2004: 3.)

8.1 Terapeuttiset tekijät ryhmässä

Terapian aikaansaama muutos syntyy ihmisen kokemusten keskinäisistä monimutkaisista vuorovaikutussuhteista. Näitä vuorovaikutusprosesseja Yalom kutsuu terapeuttisiksi tekijöiksi. Tekijöitä ovat toivon herättäminen, samankaltaisuuden kokeminen, tiedon jakaminen, toisen auttamisen kokemus, primäärin perheryhmäkokemuksen korjaava kokeminen, ihmissuhdetaitojen ja sosiaalisten taitojen oppiminen, jäljittelevä käyttäytyminen, itsestään oppiminen, ryhmän yhteenkuuluvuus sekä avautuminen ja hyväksyntä. (Yalom 2005: 1-2; Vilén ym. 2005: 202-204.) Tekijöitä ei voida luokitella tärkeysjärjestykseen, sillä erilaisissa terapiamuodoissa painotetaan eri asioita. Terapiaan osallistuvilla, sekä ohjaajalla että osallistujilla, voi itsellään olla erilaisia näkemyksiä siitä, minkä he kokevat terapiassa tärkeäksi. (Yalom 2005: 115.)

Osallistujalle toivon ylläpitäminen ja löytäminen ovat tärkeä osa ryhmämuotoista terapiaa. Tämä pitää osallistujan mukana ja sitoutuneena terapiaan ja antaa näin mahdollisuuden terapian muille tekijöille vaikuttaa. (Yalom 2005: 4; Skjaevren 2004: 5.) Jo pelkästään usko terapiamuotoon voi olla terapeuttisesti merkittävää ja sen on todettu korreloivan terapian positiiviseen tulokseen (Piper 1994: 101). Terapiaryhmissä on aina mukana terapian eri vaiheissa olevia osallistujia. Oleellista on, että muiden kokemukset asioiden etenemisestä ja niistä selviämisestä herättävät toivoa kaikissa. (Yalom 2005: 5; Vilén ym. 2005:203; Skjaevren 2004: 5.)

Terapiaryhmän osallistujalle on erityisesti ryhmän alkuvaiheessa usein helpotus huomata, että samanlaisista ongelmista kärsiviä ihmisiä on muitakin (Yalom 2005: 7; Vilén ym. 2005: 203). Fysioterapeuteilla on kokemuksia potilaista, jotka kokevat olevansa yksin ongelmiansa kanssa. Tätä yksinäisyyden tunnetta vahvistaa entisestään heidän sosiaalinen eristäytymisensä, jonka hoitaminen yksilöterapiassa on selvästi haastavampaa kuin ryhmäterapiassa. (Skjaevren 2004: 5-6; Yalom 2005: 7.)

Osallistujilla voi olla hyvin eriäviä ja vääriäkin käsityksiä ryhmälle olennaisista asioista ja tiedon välittäminen voi toimia hyvänä ryhmäkoheesion lisääjänä erityisesti ryhmän alkuvaiheessa (Yalom 2005: 10-11). Ryhmän ohjaajan tulee olla perehtynyt ryhmäkerän aiheeseen mahdollisimman hyvin, mutta hänen ei tarvitse olla ainoa asiantuntija. Myös osallistuja tuo mukanaan oman asiantuntijuutensa, joka sisältää sekä kokemuspäistä että muuten hankittua tietoa. (Vilén ym. 2005: 202-203.) Jäljittelevässä käyttäy-

tymisessä osallistujat ennen pitkää ottavat mallia terapeuttinsa tavasta liikkua, puhua ja jopa ajatella. Terapeutit mallintavat ryhmänsä käyttäytymistä esimerkiksi rohkaisemalla ja tukemalla ryhmäläisiä toimimaan hyväksytyllä tavalla. (Yalom 2005: 17-18.)

Toisen auttamisen kokemus voi olla ryhmän jäsenen itsetunnolle merkityksellistä. Psykiatrisessa hoidossa olevalla voi olla syvä tunne omasta hyödyttömyydestään muille ja hän saattaa kokea itsensä taakkana. Hyödyksi oleminen toiselle ryhmäläiselle tai koko ryhmälle voi lisätä itseluottamusta ja itsekunnioitusta. (Skjaerven 2004: 6; Vilén ym. 2005: 204.)

Ihminen tarvitsee kasvaakseen ja kehittyäkseen kokemuksen kuulua ryhmään, kokemuksen hallita tilanteita ja tunteen tulla arvostetuksi omana itsenään. Luottamus ryhmässä voi rohkaista osallistujaa ylittämään rajansa ja saamaan hänet kokeilemaan jotain uutta. Tämä voi olla ensimmäinen askel eheytymiseen. Ryhmään sijoittuminen ja hyväksyntä ovat yksilökehityksessä erityisesti nuorilla hyvin tärkeää. Jos osallistuja kokee olonsa ryhmässä ulkopuoliseksi, ei hän saa terapiasta täyttä hyötyä. Ryhmän sisäinen heikko yhteenkuuluvuus voi aiheuttaa osallistujien jättäytymistä pois ryhmästä ja vähentää siten ryhmän terapeuttista vaikutusta. (Skjaerven 2004: 7-8.) Yalom (2005: 53) mukaan ryhmän koheesio vastaa ryhmäterapiassa potilas – terapeutti -suhdetta yksilöterapiassa.

8.2 Terapeutin rooli ryhmämuotoisessa terapiassa

Terapeutilla on ryhmän osallistujista ja ryhmän sisällöstä riippuen moninaisia rooleja. Metodeista ja terapiamuodosta riippumatta terapeutin ja asiakkaan välillä tulee olla positiivinen ja johdonmukainen suhde. Terapeutin asenne osallistujia kohtaan tulee aina olla huomioiva, hyväksyvä, aito ja empaattinen. Terapeutin negatiivisetkin ilmaisut, kuten osallistajuuden painottaminen tai turhautuminen voi edistää asiakkaan terapiaa, kunhan pohjalla on aito ja välittävä terapiasuhte. (Yalom 2005: 117.)

Ryhmämuotoisessa terapiassa terapeutin päärooleina voidaan pitää ryhmän luomista ja sen ylläpitoa, ryhmäkulttuurin edistämistä sekä ryhmän fokusointia. Ryhmän alkaessa terapeutti on linkki osallistujien välillä. Osallistujat ovat yhteydessä toisiinsa terapeutin välityksellä ja tämä terapeutti-osallistuja -suhde luo pohjan ryhmään muodostuvalle koheesiolle. Terapeutin tai ryhmän ohjaajan tehtävänä on myös huolehtia, että yhteisistä

säännöistä pidetään kiinni. Toistuessaan osallistujien jatkuvat myöhästymiset, poissaolot tai ryhmän sisäinen kuppikuntaistuminen voivat saada osallistujissa aikaan oletuksia ryhmän epäonnistumisesta ja toimimattomuudesta. Terapiaryhmästä poistuvia osallistujia tulisi pyrkiä korvaamaan aktiivisesti, ettei ryhmä kärsisi jäsenkadosta ja täten aiheuttaisi ongelmia ryhmäterapian toteuttamiselle. Terapeutti voi joutua tekemään vaikeitakin päätöksiä esimerkiksi ryhmään soveltumattomien osallistujien karsimiseksi. Ryhmäkoheesion vaaliminen erityisesti perustamisvaiheessa on ohjaajan tärkeimpiä tehtäviä. (Yalom 2005: 118.)

Hyvän terapeutin rooli ryhmässä muodostuu osittain hänen persoonallisuudestaan ja osittain ryhmän tarpeiden mukaisesti. Ryhmää ohjaavan terapeutin tulee olla tietoinen yksilöllisistä, jäsenten välisistä ja ryhmätason ilmiöistä. (Sitolahti 2005: 82.) Terapeutin tulee myös kyetä kiinnittämään huomiota ryhmän kokonaisuuteen sekä niihin prosesseihin, joiden kautta ryhmä kehittyy ja kehittyessään auttaa myös jäseniään kehittymään (Keski-Luopa 2005: 114). Yalom (2005: 123-129) mukaan terapeutilla on kaksi perusröoliä. Terapeutti voi olla selkeä ryhmän johtaja, ns. ”tekninen asiantuntija”, joka pohjaa ryhmän toiminnan sääntöihin ja tekniikoihin, joilla pyritään osallistujien välistä kanssakäymistä ohjaamaan. Terapeutti voi olla myös esimerkkiä antava osallistuja, jolloin terapeutti muuttaa käytöstään ryhmän tarpeiden mukaan.

8.3 Nuorisoryhmän erityispiirteitä

Nuoren hoito on aikuiseen verrattuna erilaista niin ryhmä- kuin yksilöterapiassakin. Yksi tärkeimmistä ryhmän tehtävistä on nuoren ikätasoisuuden tukeminen. Nuori ei koe enää itseään vanhempien hoidossa olevaksi lapseksi, vaan täysivaltaiseksi henkilöksi omine ajatuksineen ja valmiuksineen hallita omia tekemisiään ja kehoaan. Nuorelle ryhmäterapia voi toimia hyvänä siltana ikätovereihin ja sosiaalisten suhteiden luomiseen toiminnan, liikunnan ja musiikin kautta. (Juselius 2005: 345, 347.) Nuorille ryhmäterapian etuna on erityisesti sosiaalisten kehitystehtävien tukeminen ja tunne siitä, ettei nuori ole yksin ongelmiansa kanssa. Ryhmässä nuori voi kokea yhteenkuuluvuutta ryhmän muihin osallistujiin, nähdä itsensä muiden näkökulmasta sekä lievittää eristäytyneisyyden tunnettaan. (Yalom 2005: 110.)

Nuorille suunnattua ryhmää perustettaessa osallistujille tulee tehdä heti alussa selväksi ryhmän luottamuksellinen luonne muihin nuoriin ja myös vanhempien suuntaan. Nuo-

ren ryhmäläisen terapeutti joutuu helposti ryhmässä ”vanhemman” asemaan. Empaattinen kommunikointi sekä nuoren olemuksen ja toiminnan huomioiminen edesauttavat nuorta saamaan korjaavia ja aikuisuuden saavuttamista edesauttavia kokemuksia. Omaa persoonaansa ja toimintaansa kommentoiva terapeutti voi tuoda esille oman erehtyvyytensä, jolloin nuoret saavat rohkeutta toimia ryhmässä, kun myös aikuinen kestää omaa rajallisuuttaan ja epäonnistumisen tunnetta. (Juselius 2005: 348-349.) Nuoren terapeutin tulee olla aito, aktiivinen ja huumorintajuinen. Terapeutin rooli on nuorisoryhmässä erityisen tärkeä ryhmän koheesion ja toiminnan kehittymisessä. Roolia täytyy osata muokata nuorten tarpeiden mukaan; toisille terapiaa edesauttaa erityisesti empaattinen läsnäolo ja tuki, toiset tarvitsevat aktiivisempaa ja toiminnallisempaa työtettä. (Juselius 2005: 352.)

8.4 Terapiaryhmän muodostaminen

Terapeuttisen ryhmän muodostamisesta on vaihtelevia mielipiteitä muun muassa diagnoosien, terapiasuuntausten ja ryhmän tarkoituksen mukaisesti. Heterogeeniset ryhmät stimuloivat ja provosoivat jäseniä homogeenisiä ryhmiä enemmän ja antavat runsaammin mahdollisuuksia realiteettien testaukselle ja terapeuttiselle ryhmätyöskentelylle. (Sitolahti 2005: 40.) Pitkäaikaista terapiaryhmää perustettaessa ryhmän heterogeenisyys suhteessa osallistujien ikään, sukupuoleen, aktiviteettitason, tunne- ja järkipäisyyden ja sosiaalisen kyvykkyyden mukaan edesauttaa ryhmän menestyksestä toimintaa (Yalom 2005: 272-273; Keski-Luopa 2005: 125).

Ryhmään osallistujien lukumäärä vaihtelee osallistujien tarpeiden mukaan. Ohjaajan tulisi kyetä olemaan yhteydessä sekä koko ryhmään että yksilöihin ryhmän sisällä. Liian suuressa ryhmässä yksilö voi unohtua ja eristyä ja täten aiheuttaa klikkiytymistä ja heikentää ryhmän ilmapiiriä. Osallistujia täytyy kuitenkin olla tarpeeksi, että ryhmä on dynaaminen ja se edesauttaa ryhmän aikaansaamia terapeuttisia vaikutuksia. Ideaaliryhmäkokona voidaan pitää noin 8-12 osallistujaa. (Skjaerven 2004: 10-11.)

9 TERAPEUTTINEN VUOROVAIKUTUS

Kommunikaatio voidaan määritellä tiedonvälitykseksi ihmisten välillä. Tämän tapahtuu ihmisten laatimien merkkien, koodien ja symboleiden kautta. (Vilén ym. 2005: 19.)

Kommunikaatiolla voidaan vaikuttaa toisen ihmisen ajatteluun tai käyttäytymiseen ja se on myös vuorovaikutuksen välttämätön edellytys. (Ojala - Uutela 1993: 76.)

Kommunikaatio voi olla suoraa tai epäsuoraa ja se voidaan määritellä yksisuuntaiseksi, tai kaksisuuntaiseksi. Yksisuuntaisesti kommunikoitaessa vastaanottajalla ei ole mahdollista vaikuttaa sanoman sisältöön. Kaksisuuntaisesti kommunikoitaessa osapuolet vaikuttavat toisiinsa, jolloin puhutaan vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutusta voidaan kuvata ihmistenväliseksi, jatkuvaksi ja tilannesidonnaiseksi tulkintaprosessiksi, jonka aikana viestitään tärkeitä asioita toisille ja pyritään vaikuttamaan heihin. Tarkoituksena on siis luoda yhteys toisiin ja saada palautetta omasta toiminnasta. (Vilén ym. 2005: 19; Ojala - Uutela 1993: 76.)

9.1 Vuorovaikutuksen muodot

Vuorovaikutuksessa on kaksi toisistaan eroavaa ilmaisullista muotoa: sanallinen ja sanaton. Sanaton vuorovaikutus liittyy ilmeisiin, eleisiin ja muihin kielen ulkoisiin viestintämuotoihin ja tämä voi olla ristiriidassa sanallisen vuorovaikutuksen kanssa. Puheen, eleiden ja ilmeiden lisäksi voidaan tarkastella puheen sanattomia merkityksiä, joista voidaan erottaa äänenkäyttöön liittyviä keinoja. Näitä ovat esimerkiksi äänteet, painotus, sointi ja korkeus. Ääni kertoo muun muassa puhujan terveydestä, sukupuolesta, tunnetiloista ja asenteista. (Vilén, ym. 2005: 20.) Sanatonta vuorovaikutusta on muun muassa merkkikommunikaatio, johon kuuluu eleet ja niiden tulkitsemiseen tarvitaan ensisijaisesti näköaistia. Toimintakommunikaatioksi kuvataan eleitä, joita ei ole tarkoitettu erityisiksi merkeiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi seisominen, itkeminen ja laulaminen. Näiden vastaanottamiseen tarvitaan näkö- ja kuuloaistia sekä mahdollisesti myös tuntoaistia. Välinekommunikaatio on vuorovaikusta esineiden avulla. Tällaisia ovat esimerkiksi vaatteet, kampa ja korut sekä muut vuorovaikutuksen ulkoiset piirteet. Sanaton vuorovaikutus on kulttuurisidonnaista ja sitä opitaan malleja jäljittelemällä. (Ojala - Uutela 1993: 77.)

Sanallinen vuorovaikutus liittyy puhuttuun ja kirjoitettuun kieleen ja sen ymmärtämiseen. Kieli on oleellinen osa inhimillistä käyttäytymistä ja ihmisenä olemista. Tämän takia sitä tutkitaan eri tieteiden, kuten kielitieteiden, psykologian, sosiologian ja sosiaalipsykologian kautta. (Vilén ym. 2005: 20.) Sanojen yksilöllinen merkitys ei ainoastaan vaihtele vain kulttuurillisesti, vaan sanojen merkitys voi olla erilainen eri ihmisille riip-

puen heidän kokemuksistaan. Merkityssuhteita voi synnyttää lisäksi rationaalinen tieto, uskonto tai intuitio. (Vilén ym. 2005: 20; Ojala - Uutela 1993: 76.) Ymmärryksen etsiminen on kielen perustehtävä. Se on aktiivista lausumista ja vastaamista, ei passiivista vastaanottamista. Ymmärrys alkaa asioiden tunnistamisesta ja edellyttää keskustelua tehdyistä havainnoista. (Seikkula 2004: 294.)

Nuorisopsykiatrisessa hoidossa vuorovaikutuksesta puhuttaessa terapia-sana tuo enemmän mieleen psykoterapian kuin hoidon tai kuntoutuksen. Fysioterapiassa terapia-sanaa käytetään neutraalisti ilman sivumerkitystä. Vuorovaikutuksen kautta saadaan paljon tietoa potilaasta, mutta se ei aina riitä. Potilas voi kertoa, kuinka häntä ahdistaa tai kuinka sydän hakkaa, mutta potilas ei kuitenkaan välttämättä kykene kertomaan ongelmien taustalla olevista fyysisistä, psyykkisistä tai sosiaalisista seikoista. (Vilén ym. 2005: 11-15.) Tunteet ja niiden tunnistaminen on tärkeä aspekti fysioterapeutin ja potilaan välisessä hyvässä vuorovaikutuksessa. Fysioterapeutin tulee kuulla potilaan emotionaalista ilmaisua, kyetä reagoimaan potilaan tunteiden ilmaisuun verbaalisesti ja nonverbaalisesti, sekä osata kannustaa ja rohkaista potilasta siihen. Kohtaava läsnäolo tuo vuorovaikutukseen parantavia elementtejä. (Jaakkola 2009: 9-10.)

9.2 Terapeuttinen keskustelu ja avoin dialogi

Terapian tehokkuuden ajatellaan nykypäivänä perustuvan enemmänkin potilaan ja terapeutin vuorovaikutussuhteeseen kuin tiettyyn terapiamuotoon. Ihmissuhdeteoriat selittävät psykoterapioiden positiivisia vaikutuksia. (Blanchet, Batt, Trognon, Masse 2005: 2-3.) Terapeuttiset työkalut ovat tärkeitä, mutta keskustelusta tulee merkityksellisempää, kun työvälineinä käytetään erilaisia psykoterapeuttisia menetelmiä (Seikkula 2006:13). Terapeuttisessa keskustelussa on aina kysymys kahden osapuolen näkemyksien toisiinsa liittämistä (Rautkallio 1997: 6). Terapian intensiteetti, tunteet ja turvallisuus ovat perusta potilaan auttamiselle. Hyvässä terapiasuhteessa potilas kykenee tunnistamaan ja tuntemaan omia tunteitaan. Potilaan ja terapeutin suhde sekä terapeutin sitoutuminen terapiaan luovat pohjan hyvälle terapiaprosessille. (Blanchet ym. 2005: 2-3.)

Terapeuttisessa keskustelussa on epäsymmetrinen rakenne. Terapiassa potilas puhuu omasta elämästään, jolloin terapeutin tehtävänä on kuunnella, aika-ajoin keskeyttää ja reflektoida, sekä ymmärtää ja kyseenalaistaa potilaan mielipiteitä. Terapeutin tehtävänä

ei ole muistaa kaikkea potilaan kertomaa, vaan pyrkiä ymmärtämään merkitykselliset asiat tuomalla ne aktiivisesti keskusteluun. (Blanchet ym. 2005: 3.) Kun ihmistä lähestytään kokonaisvaltaisesti, on tulkintakehyksessä potilaalle itselleen annettava mahdollisuus ymmärtää hänen itselleen antamia merkityksiään ja tulkintojaan omasta tilanteestaan (Vilén ym. 2005: 23).

Päinvastoin kuin monologia, dialoginen keskustelu on moniäänistä; se on avoin, houkutteleva, loppumaton ja tulevaisuuteen suuntautunut (Rautkallio 1997: 11). Kuulluksi tuleminen on jo sinällään dialoginen suhde. Siinä potilas tulee aina aktiiviseksi osaksi ilmaisua, ei pelkästään vastaanottajaksi. (Mattila 2009: 79.) Hoidon ja kuntouttamisen ensimmäinen tavoite on dialogin syntyminen sekä eri ihmisten että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille. Ongelman ymmärtäminen uudella tavalla edellyttää aina dialogista pohdintaa monologin sijasta. Ammatti-ihmisellä tulisi aina olla taito dialogisen keskustelun synnyttämiseen. Kaikki muu asiantuntemus saa parhaan merkityksen dialogisessa prosessissa. Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan käyttäytymistä. (Seikkula 2004: 294.)

Dialoginen keskustelu edellyttää eri näkökulmia. Potilaan hoito ja kuntoutus tulee sitä moniäänisemmäksi ja rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään. Moniäänisyydessä asuvan voimavaran käyttö edellyttää sitä, että hoitava tai kuntouttava työryhmä pystyy kuuntelemaan nämä eri äänet osana samaa kertomusta ja rakentamaan siltaa eri näkökulmien rajojen yli. Jokaisen mielipide on yhtä arvokas ja yhtä oikea. Työryhmän tehtävä on olla tukemassa ja auttaa keskustelun syntymistä. (Seikkula 2004: 294.)

Avoimessa dialogissa jokainen osallistuja rakentaa oman kontekstinsa ja ympäristönsä kun osallistuu keskusteluun (Seikkula 2006: 89). Reflektiivinen työote mahdollistaa kaikenlaisten terapeuttisten ajatusten läsnäolon ja erilaisten tekniikoiden hyväksikäytön. Dialogisuus, kunnioittavuus, spontaanisuus, tunteiden kuunteleminen, hiljaisuuden mahdollisuudet sekä moniäänisyys kuuluvat olennaisesti tähän työotteeseen. (Rautkallio 1997: 4 -11.)

10 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyössämme suunnittelimme ja toteutimme liikuntaterapiaryhmän nuorisopsykiatrisella osastolla, joten työtämme voi kutsua toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin kohderyhmälähtöisesti osaston tarpeista lähtien ja sen lopullisena tuotoksena on tämä kirjallinen tuotos itsessään. (Vilkkä - Airaksinen 2003: 38, 40.)

Opinnäytetyömme on luonteeltaan kvalitatiivinen, eli laadullinen työ. Kvalitatiivinen tutkimus soveltui käytettäväksi työssämme, koska aineiston keruu liittyi ryhmän toteutuksen kanssa olennaisesti yhteen. (Niskanen 1997: 157.) Keräsimme tietoa liikuntaterapiaryhmästä havainnoimalla ryhmää toteutuksen lomassa ja kokosimme kerättyä tietoa reflektiopäiväkirjaan. Havainnointi soveltuu tutkimusmetodiksi erityisesti silloin, kun tutkitaan vaikeasti ennakoitavia ja nopeasti muuttuvia tilanteita, tai lapsia ja nuoria (Vilkkä 2006: 39). Ryhmään osallistuneelle henkilökunnalle jaettiin jokaisen ryhmäkerran päätteeksi kyselylomake saatekirjeineen (ks. liite 2 ja liite 1) ja viimeisen tapaamisen jälkeen näiden lomakkeiden lisäksi jaettiin vielä yleisiä kaikkiin ryhmäkertoihin liittyviä kysymyksiä (ks. liite 3).

Sekä päiväkirjasta että kyselylomakkeista saatavaa aineistoa tulkittiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla pyrimme tarkastelemaan liikuntaterapiaryhmästä kerättyä aineistoa yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja niitä tiivistäen. (Saaranen - Kauppinen, Puusniekka 2006.)

10.1 Opinnäytetyön toteutus

Liikuntaterapiaryhmämme toteutettiin Jorvin nuorisopsykiatrisella tutkimus- ja kuntoutusosastolla 6 kertaa talven 2010 aikana. Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten saatiin sekä HYKS psykiatrian toimialalta että Espoon kaupungin opetustoimesta. Jokainen ryhmäkerta kesti 60 minuuttia. Ryhmäkertojen välillä oli kaksi viikon taukoa, jotka johtuivat hiihtolomasta ja ohjaajien lomaviikosta.

Ryhmään osallistui kerrallaan 5 - 7 nuorta ja 4 - 6 henkilökunnan jäsentä (ohjaajat, opettaja, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja sekä sairaanhoidonopiskelijat). Vaihtuvuus oli ryhmässä vähäistä. Koko prosessin aikana ryhmään tuli kolme uutta nuorta ja lähti kaksi. Osallistujat olivat psykiatrisen hoidon eri vaiheissa; osa oli tutkimusjaksolla ja osa

kuntoutumisjaksolla. Ryhmään osallistui 6 tyttöä ja 2 poikaa, jotka olivat osastohoidossa erilaisilla diagnooseilla. Osallistujien oireilu erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa oli kuitenkin hyvin samankaltaista, joka ilmeni syrjävetäytymisenä ja vuorovaikutustaitojen heikkoutena. Kyselylomakkeita jaettiin 17 ja niistä palautui 16, eli vastausprosentti oli 94 %. Vastaukset pyydettiin palauttamaan osaston kansliaan jätettyyn kirjekuoreen.

Jokainen ryhmäkerta aloitettiin vapaamuotoisella alkupiirillä, jossa nuoret toivotettiin tervetulleiksi ja jossa kyseisen kerran aiheet käytiin läpi. Ensimmäisenä harjoitteena käytettiin pelinomaista, lämmittelevää harjoitusta, jonka tavoitteena oli nostaa sykettä ja orientoida nuoret ryhmäkertaan. Toisena harjoitteena oli ”taitoharjoite”, jossa pyrittiin syvemmin harjoittamaan ryhmäkerran asetettua tavoitetta. Ryhmäkerrat lopetettiin aina erilaisiin kehonhahmottamisharjoituksiin ja tämän jälkeiseen loppupiiriin ja kommenttikierrokseen. Harjoitusten välillä oli aina tarvittaessa juomataukoja ja tilaa kommentteille ja keskustelulle. Ryhmäkertojen sisältö on kuvattu liitteessä 4.

Terveyslähtöisyys näkyi ryhmän suunnittelussa siten, että harjoitteita valittaessa ja mietittäessä korostettiin nuorten ikätasoisuutta ja voimavaroja. Jokaisella ryhmäkerralla oli täysin uusia harjoitteita ja vanhoja tuttuja harjoitteita uusin säännöin. Näissä nuoret hyödynsivät joko arjestaan, koulustaan tai aikaisemmilta yksilöllisiltä fysioterapiakerroilta opittuja ja koettuja asioita. Ottamalla mukaan tuttuja harjoitteita kehitettiin nuorten itsevarmuutta osata ja onnistua. Nuorilla oli lupa olla osallistumatta niin halutessaan, mutta tätä oikeutta käytettiin hyvin harvoin. Nuoria kannustettiin osallistumaan ja onnistumisista nuoret saivat välitöntä palautetta henkilökunnalta.

Tavoitteenamme ryhmässä oli liikunnan ilon löytäminen. Harjoitteissa korostettiin osallistumista, onnistumisia sekä yhdessä tekemistä. Liikkumisen lisäksi harjoitettiin muun muassa karkeamotoriikkaa, kehon hahmottamista, ryhmätaitoja, tunneilmaisua, vuorovaikutustaitoja, fyysisen väsymyksen kokemista ja tunnistamista sekä keskittymiskykyä.

11 KOKEMUKSET LIIKUNTATERAPIARYHMÄSTÄ

Havainnot liikuntaterapiaryhmästä on jaettu samoihin teemoihin, kuin olemme niitä reflektiopäiväkirjassamme käsitelleet. Henkilökunnan kyselylomakkeista saadut vastaukset on jaettu osiin kysymysten mukaisessa järjestyksessä.

11.1 Ryhmän terapeuttisuus

Havaintojemme mukaan ryhmä ei missään vaiheessa toiminut ryhmänä, vaan enemmänkin joukkona yksilöitä. Nuorilla oli vaikeuksia ryhmäytyä ja ryhmätehtävät suoritettiin yksilölähtöisesti. Viimeisillä kerroilla ryhmäytymistä alkoi näkyä kuitenkin enemmän ja se ilmeni erityisesti nuorten lisääntyneenä sosiaalisuutena. Nuoret asettuivat tilaan tiiviimmin eivätkä enää vetäytyneet alkupiirissä niin paljoa salin reunoille. Nuoret jaettiin joukkueharjoituksiin täysin satunnaisesti eri tapoja käyttäen niin, ettei kukaan jäänyt syrjään tai tullut valituksi viimeisenä. Henkilökunta osallistui harjoituksiin ja joukkueisiin yhtäläillä nuorten kanssa.

Ryhmäläisillä oli lupa osallistua aktiviteetteihin oman motivaationsa ja voimavarojensa mukaisesti, mutta ohjauksellisesti kaikkia kannustettiin osallistumaan. Aktiivisuudeltaan erilaisia nuoria jaettiin paritehtävissä pareiksi ja täten pyrittiin lisäämään toisen aktiivisuutta sekä rauhoittamaan liian aktiivista nuorta.

Ryhmän terapeuttiset tekijät ilmenivät erityisesti onnistumiskokemusten saamisena ja kykyinä olla kontaktissa toisten kanssa. Nuorelle annettiin tehtäväksi juomatauolla jakaa muille nuorille vesimukeja, jolloin hän joutui ottamaan kontaktia muihin ryhmäläisiin. Näin nuori sai kokemuksen olla hyödyksi muille. Onnistumisen kokemukset harjoituksissa näkyivät nuorten ilmeissä. Nuorilla oli taipumus samaistua tutuimpaan työntekijään. Yksi pojista teki venytykset samankaltaisesti, kuin tutuksi tullut sairaanhoitaja-opiskelija teki. Samaistuminen näkyi tiettyjen nuorten kohdalla siten, että he uskalsivat tuoda negatiivisia tunteitaan ja tuntemuksiaan esille ja tälle annettiin tilaa.

Tilankäyttö ryhmässä oli vaihtelevaa. Alku- ja loppupiirit olivat pääsääntöisesti hyvin laajoja, joissa nuoret saivat hakea paikkansa oman mielensä mukaan. Kahdella kerralla oli liikuntasali jaettu etukäteen kahteen pienempään osaan sulkapalloverkolla. Nuoret valitsivat paikkansa huomaamattaan pienemmästä tilasta, eikä kukaan mennyt ”piiloon” verkon toiselle puolen. Viimeisillä kerroilla asettuivat nuoret tilaan tiiviimmin, vaikkei tilaa oltu enää jaettu. Harjoitteissa, joissa nuoret joutuivat tulemaan toistensa reviiireille ja olemaan toisen lähellä, kuten mailan vaihdossa, vastustajan vartioinnissa tai häiritsemisessä, kykenivät nuoret pelin lomassa huomaamattaan ottamaan kontaktia toisiinsa.

Ryhmän nuoret antoivat vaikutelman ryhmäkerroilla, että osallistuivat liikuntaryhmään velvollisuuden tunteesta, koska ryhmä kuuluu osaston päiväohjelmaan sekä koulun lukujärjestykseen. Nuoret totesivat kuitenkin loppukeskusteluissa aina osallistumisen olleen mielekästä eikä yksikään nuori ryhmän aikana kommentoinut harjoitteita lapselliseksi tai typeriksi.

Roolinamme ryhmässä oli harjoitteiden ja ryhmän kulun ohjaaminen, jota toteutimme olemalla mukana kaikissa harjoitteissa muiden osallistujien lailla. Kahdella ensimmäisellä kerralla ohjaajana oli selkeästi joko fysioterapeutti tai fysioterapeuttiopiskelija, mutta lopuilla kerroilla jaoin ohjausvastuun. Näin toimimme ryhmään enemmän dialogisuutta. Ohjaajina pyrimme omalla esimerkillämme ja toiminnallamme kannustamaan sekä motivoimaan nuoria harjoitteissa ja tekemisessä ja tukemaan nuoria dialogiin ryhmän aikaansaamista tuntemuksista. Ohjaajat vastasivat harjoitteista ja ryhmän turvallisuudesta. Henkilökunnan jäsenten ei tarvinnut olla täydellisen suoriutumisen esimerkki, vaan pystyivät näyttämään mallia harjoittelemisesta ja epäonnistumisesta.

Ohjaajien lisäksi myös muu henkilökunta toteutti terapeuttisia tekijöitä ryhmässä. Keskustelu hengästymisestä, hikoilusta, venyttelyn hyödyllisyydestä ja liikunnan vaikutuksista mieleen ja kehoon toiminnan lomassa toi ryhmään tiedon jakamisen ulottuvuutta. Nuoret jakoivat myös kokemuksiaan aikaisemmista harrastuksistaan ja siitä kuinka tietyt harjoitteet olivat tuttuja.

11.2 Vuorovaikutus ryhmässä

Ryhmäläisten vuorovaikutus ilmeni ryhmäkertojen aikana sanattomin keinoin. Nuorten välistä keskinäistä vuorovaikutusta ei ryhmäkerroilla erityisesti esiintynyt. Nuoret kommunikoivat sanallisesti pääasiassa tilannesidonnaisesti kysymyksiä kysyttäessä ja kommentteja pyydettyä ja tämä oli hyvin vähäsanaista eikä vastavuoroista keskustelua syntynyt. Spontaanialueita ryhmätilanteisiin liittyvää keskustelua ei ollut lainkaan ja alkua ja loppupiireissä kommentointi oli useimmilla nuorilla hyvin niukkaa. He ottivat kommentoimiseen mallia toisistaan siten, että ryhmässä aktiivisemmat ja paremmassa vuorovaikutuksessa olleet nuoret saattoivat lähteä mukaan niukkasanaisuuteen. Loppukeskusteluissa nuorille annettiin mahdollisuus puhua tuntemuksistaan ryhmän aikana, mutta nuoret eivät näin kertaakaan tehneet eikä heitä tähän pakotettu. Ryhmässä oli ohjaajien ja henkilökunnan välistä reflektiota, jonka tarkoituksena oli tuoda esimerkkiä harjoit-

teiden aikaansaamista tuntemuksista, mutta nuoret eivät tähän sanallisella tasolla osallistuneet. Pari- ja yksilöharjoitteissa nuoret olivat aina ryhmätilanteita ilmeikkäämpiä, kuten myös erityisen mielekkäissä harjoitteissa.

Ryhmäkertojen edetessä nuorten kyky olla vuorovaikutuksessa ryhmätilanteissa ja erityisesti henkilökunnan kanssa parani. Tämä ilmeni siten, että nuoret alkoivat ottaa enemmän katsekontaktia ja kommentit olivat rohkeampia ja monisanaisempia. Viimeisillä kerroilla henkilökunnan välistä sanallista vuorovaikutusta vähennettiin tietoisesti antaen enemmän tilaa nuorten itse tunnistaa ja ilmaista omia tuntemuksiaan.

11.3 Henkilökunnan kokemukset

Kyselylomakkeeseen vastanneet olivat sitä mieltä, että liikuntaryhmät olivat onnistuneet hyvin. Merkittävimpiä liikuntaryhmien onnistumiseen vaikuttaneita tekijöitä olivat henkilökunnan mielestä ohjaajien selkeä työnjako ja ohjaustyyli, esivalmistelut ja etukäteissuunnittelu, nuorten aktiivinen osallistuminen toimintaan ja ajankäytön tarkka suunnittelu.

”Ryhmä mielestäni oli toimiva. Ryhmän onnistumiseen vaikuttivat harjoitteiden etukäteissuunnittelu ja porrastaminen haasteellisuustasoltaan sopiviksi nuorten toimintakykyyn nähden. Selkeä ohjaus ja ohjaajien selkeä työnjako toi struktuurin ryhmään.”

”Hyvä juttu mielestäni on myös se, ettei ketään liikaa painostettu tekemään mitään sellaista, jota ei tahdo. Liikunnasta yleisestikin tulisi jäädä nuorelle positiivinen kokemus, joten ryhmän onnistumisen kannalta erittäin tärkeää on, että osallistuminen toimintoihin on vapaaehtoista. Tosin jotkut nuoret tarvitsevat tukea osallistumiseen.”

Henkilökunnan mielestä nuorten vuorovaikutus ryhmässä oli niukkaa, mutta kuitenkin potilaiden kykyihin nähden hyvää. Niukkuus ilmeni erityisesti nuorten keskinäisessä vuorovaikutuksessa, ei niin suuresti nuorten ja henkilökunnan välillä. Ohjaajien ja muun henkilökunnan sanaton ja sanallinen kommunikaatio koettiin huumorintajuiseksi ja välittömäksi. Nuorten katsottiin viestittävän pääosin sanattomasti katseilla, ilmeillä ja kehonkielellä.

”Pönttöpallopelellä houkutteli vuorovaikutukseen, koska pelissä taktikoitiin ja pelisilmä yksilösuorituksia merkittävämmässä roolissa. Kontaktiharjoitus antoi/ mahdollisti fyysisen vuorovaikutuksen kehollisella tasolla.”

”Kannustava, nuorta kunnioittava, lämmin.”

Ryhmässä käytetyt harjoitteet koettiin sopivan haastaviksi, innostaviksi ja nuoret mukaansatempaaviksi. Tuttujen lajien muunnokset, kuten joukkuesulkapallo ja polttopallomuunnokset, koettiin virkistäväksi vaihteluksi. Harjoitteissa korostui toisten huomiointi ja keskittyminen. Kauttaaltaan harjoitusten koettiin myös olevan ikätasoisia tai jopa kaikenikäisille soveltuvia. Osaston nuorille harjoitukset olivat sopivia taitotasoon ja vointiin nähden.

”Sulkapallovariaatio haastava monella tasolla, mm. toisen huomioiminen, pelin seuraaminen, silmä / käsikoordinaatio yms., keskittyminen.”

”Harjoitteet mahdollistivat potilaiden kokonaisvaltaisen arvioinnin, eli harjoitteet sisälsivät riittävästi / kattavasti eri osa-alueiden toimintoja esim. motoriikka (hieno + karkea).”

”Harjoitteet sopivat mielestäni hyvin kaikenikäisille nuorille ja oli aikuistenkin ilo osallistua, vaikka esimerkiksi polttopallon voisi yleisestikin ajatella lasten leikiksi.”

Henkilökunnan kokemuksen mukaan ryhmässä oli luottavainen ja rohkaiseva ilmapiiri, kannustaen nuoria kokeilemaan. Henkilökunnan kommentoissa tuli esille luovan liikunnan ja tanssin lisääminen ryhmään. Pohdittiin, että onko ohjaajien mahdollista tukea nuoria vielä aktiivisemmin keskinäiseen vuorovaikutukseen. Loppurentoutuksissa käytettyä musiikkia pidettiin hyvänä.

”Kivana lisänä oli venyttely/rentoutus osioon lisätty musiikkia. Tämä erityisesti kuntoutusosaston hiljaisuuteen oli mukava lisä.”

”Mielestäni varovainen kontakti harjoitus (jossa fyys. koskettamista) oli luonteva lisähaaste viimeiselle ryhmäkerralle. Harjoitus toi esille, että ryhmässä luottavainen ilmapiiri ja uskallusta kokeilla uusia, haastavia asioita.”

Viimeisellä kerralla jaetun loppukyselyn mukaan liikuntaterapiaryhmä koettiin tärkeäksi osaksi osaston PN2 toimintaa. Ryhmässä huomioitiin kuntoutuksen näkökulmat ja tavoitteet sekä havainnollistettiin ja korostettiin liikunnan iloa suorittamisen sijaan. Ryhmän jatkuminen koettiin tärkeäksi osaston toiminnan kannalta. Pohdittiin, että pystyttäi-

siinkö liikunnan myötä tekemään enemmänkin kontaktiharjoituksia kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen tukemiseksi.

”Liikuntaa ei tarvitse tehdä otsa kurtussa.”

”Mielestäni ryhmä toi paljon uutta ja virkistävää sisältöä liikuntaryhmiin.”

”Toivon, että psykomotorisia harjoituksia tehdään myös jatkossa, koen että harjoitukset ovat motivoineet ja houkuttelleet. Harjoitukset ovat motivoituneet osallistumaan ryhmään ja toimintaan ryhmän aikana.”

”Mielestäni resurssien puitteissa voisi kokeilla muutaman kerran 2 fysioterapeutin / opiskelijan ohjausta ryhmässä. Tällöin toinen ohjaaja voisi tarkkailla nuoria ammattinsa/toimenkuvansa kautta, toisen ohjaajan ohjauksessa liikuntaryhmää”

12 POHDINTA

Osastolla oli jo liikuntaryhmä, jolla on terapeuttinen viitekehys. Lähdimme kuitenkin rohkeasti miettimään ryhmän tarkoitusta, toteutusta ja sen hyödyllisyyttä uudelta kannalta. Psykofyysisen fysioterapian ja psykomotorisen terapian keinoin mielestämme ryhmässä oli potentiaalia kehittyä vastaamaan osaston ja nuorten kuntoutus- ja tutkimusprosessien tarpeita paremmin. Opinnäytetyömme tuo uusia ideoita liikuntaterapiaryhmän sisältöön sen jatkoa ajatellen.

12.1 Ryhmän terapeuttisuuden toteutuminen

Opinnäytetyömme pohjana oli terveyslähtöinen ja voimavarakeskeinen ajattelu. Suunnittelussa oli kuitenkin vaikea olla ajattelematta sitä, ovatko harjoitukset liian haastavia psyykkisesti oireilevalle tai fyysisesti vammautuneelle nuorelle. Kerran jouduimme ennen ryhmää vaihtamaan harjoitteita nuoren voimakkaan oireilun vuoksi. Ryhmän harjoitukset toteutuivat pääosin suunnitelmamme mukaisesti, mutta muutama harjoitus jouduttiin jättämään pois aikapulan takia. Harjoituksen epäonnistuminen olisi tuonut mahdollisuuden keskustella nuorten kanssa epäonnistumisesta ja sen syistä. Tämä olisi mielestämme ollut terapeuttista. Koimme nuorten hyötyneen positiivisesta palautteesta. Kannustus voi kuitenkin muuttua hokemiseksi, jolloin positiivisen palautteen antaminen menettää merkityksensä.

Nuoret olivat niukasti vuorovaikutuksessa toisiinsa tai henkilökuntaan. Vapaata keskustelua ei syntynyt missään tilanteessa, mutta nuoret kysyttäessä kommentoivat ja toivat esille omia mielipiteitään. Henkilökunta pyrki omalla esimerkillään luomaan keskusteluvaa ilmapiiriä ja normaalin vuorovaikutuksen mallia nuorille. Tilannesidonnaisten kommunikoinnin syynä voi olla nuorten tottumattomuus ryhmätilanteisiin. Vuorovaikutuksen vähäisyys näkyy myös osaston arjessa, joten tämä ei ollut ryhmässä poikkeavaa. Kysymykseksi jääkin se, miten nuorten spontaania vuorovaikutusta voisi ryhmätilanteissa ja osastolla enemmän kannustaa ja miten suuressa roolissa osaston henkilökunta tässä on?

Ryhmää ohjatessa havaitsimme, kuinka tärkeää ohjaajien on tuntee nuoret, sillä tällöin sisällön suunnittelu vastamaan nuorten tarpeita helpottuu. Nuorilla on omat erityispiirteensä, jotka ryhmän suunnittelussa täytyy huomioida. Psykkisen voimien vaikutus kykyyn olla ryhmässä on suuri ja tätä ei osaston ulkopuolelta tuleva ohjaaja välttämättä näe. Tällöin ryhmä jäisi osaston arkeen ja nuorten kuntoutukseen nähden irtonaiseksi. Mietimme myös millä tavalla toteutuksessa olleet kaksi erillistä viikon taukoa ryhmäkerroista vaikuttivat ryhmään ja nuoriin. Yalomin (2005: 285) mukaisesti tauot ovat aina ryhmää haittaavia tekijöitä, joten pohdimme miten tauotukset vaikuttivat vuorovaikutukseen ja sen vähäisyyteen.

Liikuntatilaan mentäessä nuoret asettautuivat saliin väljästi ja ottivat paljon tilaa itselleen. Tällöin ryhmäytyminen alusta alkaen oli hankaa ja kontaktin saaminen nuoriin vaikeaa. Kahdella kerralla olimme ennakkovalmisteluun jakaneet tilan kahtia sulkapalloverkolla, jolloin nuoret jakautuivat saliin tullessaan toiselle puolelle tiiviimmin ja kontakti ryhmään oli näin parempaa. Useimmissa harjoitteissa ryhmä jaettiin kahtia, mutta emme halunneet jakautumiseen minkäänlaisia kilpailullisia elementtejä. Välillä joukkueet jaettiin tilaan ryhmittymisen perusteella. Muina jakokeinoina käytimme muun muassa silmien- ja hiustenväriä tai selän pituuden vertailua.

Tunne-elämän häiriöissä nuorella voi olla epänormaalin suurta ahdistusta, vaikka sitä ei aina ilmaista suoranaisesti, vaan se voi kätkeytyä muiden oireiden taakse (Moilanen 2004: 201). Vaikkei ahdistusta ryhmässä liiemmin näkynyt, ilmeni sitä muutaman kerran tietyissä harjoitteissa. Henkilökunnan nuorille tekemässä pallohieronnassa vain muutama nuori lähti mukaan ja muut nuoret hieroivat itseään. Tilanteesta jäi vaikutelma, että haluttomuus osallistua levisi muihinkin nuoriin. Harjoite oli nuorille tässä kun-

toutuksen vaiheessa liian haastava ja mielestämme ryhmään syntyi tällöin ahdistunut ilmapiiri. Seuraavalla kerralla tehdyssä herne pussirentoutuksessa kaikki osallistuivat harjoitukseen ja ohjaajat asettelivat herne pussit. Kaikki nuoret osallistuvat harjoitukseen ja vaikuttivat nauttivan siitä. Mielestämme tämä osoitti sen, kuinka tärkeäksi nuoret ko-kevat ryhmään osallistuvien tasapuolisen osallistumisen.

Ryhmä oli täydentyvä ryhmä. Vaikka ryhmässä ei ollut suurta vaihtuvuutta, muuttui ryhmän dynamiikka aina kun nuori tai henkilökunnan jäsen tuli tai poistui ryhmästä. Kontaktiharjoituksia olisi voinut käyttää enemmän suljetussa ryhmässä, jossa turvallisuudentunne on suurempi nuorten ja henkilökunnan ollessa aina samoja. Sairaanhoidaja vaihtui yhtä kertaa lukuun ottamatta kaikilla ryhmäkertoilla, joka johtui heidän teke-mästä kolmivuorotyöstä.

12.2 Henkilökunnan osallistumisen merkitys

Henkilökunnan loppukommenteissa tuli esiin, kuinka erilaisilla kontaktiharjoituksilla voisi nuorten vuorovaikutus- ja kommunikointitaitoja tukea. Liikuntaterapiaryhmäs-ämme oli tavoitteena harjoittaa näitä taitoja, mutta nuorten psyykkiseen ja fyysiseen voinnin vuoksi pystyimme ottamaan mukaan kontaktiharjoituksen vasta viimeisellä ker-ralla. Tällaisissa harjoituksissa tulee huomioida nuoren psyykinen ja fyysinen vointi esimerkiksi itsensäviiltelijän kohdalla. Ryhmän nuorten kohdalla opinnäytetyömme kuuden kerran jakso oli mielestämme liian lyhyt. Jatkossa ryhmään voisi ottaa mukaan lisää kontaktiharjoituksia ja tukea ryhmää näin parempaan vuorovaikutukseen.

Henkilökunta oli tärkeässä roolissa tuomassa dialogisuutta sekä olemalla läsnä mahdol-lisissa ongelmatilanteissa. Moniammatillisuuden rikkaus näkyi haastattelulomakkeiden vastauksissa, joissa eri ammattiryhmät toivat esille oman ammatillisen viitekehityksensä pohjalta tekemiään havaintoja. Ainoastaan yhdellä ryhmäkerralla oli henkilökuntaa yksi enemmän kuin nuoria, muuten nuoria oli joko saman verran tai enemmän. Mielestämme tämä oli ryhmän onnistumisen kannalta tärkeää, jotta nuoret näkivät eri tilanteissa ole-vien nuorien lisäksi henkilökunnan välistä normaalia vuorovaikutusta ja osallistumista.

Saksalainen tutkimus (Welsche, Stobbe, Hölter, Romer 2007) toteaa psykomotorista terapiaa ja liiketerapiaa toteuttavan henkilökunnan olevan hyvin vaihtelevasti koulutet-tua ja ammatillisen profiilin selkiyttämisen suunnittelussa ja toteuttami-

nessa olisi tärkeää. Mielestämme nuorisopsykiatrisella osastolla liikuntaterapiaryhmä tarvitsee toteutuakseen tietämystä psykofyysisestä fysioterapiasta ja psykomotoriikasta. Liikuntaterapiaryhmän harjoittelun tavoitteina ja haasteina koimme olevan kehollisuuden ja kehotietoisuuteen liittyviä asioita, jotka ovat kuitenkin fysioterapeuttien ominta alaa. Kun psykomotorisen terapian mukaista tuntirakennetta käytetään, tulee osallistuvan henkilökunnan olla tietoinen psykomotoriikan peruseräkkeistä, jotta kaikki pyrkivät samoihin tavoitteisiin.

On tärkeää, että tämän kaltaisissa ryhmissä on useampi ohjaaja, sillä erityisesti psykiatrisessa hoidossa turvallisuuskysymykset on huomioitava. Kahden tai useamman ohjaajan kesken ryhmässä tulee mahdolliseksi toteuttaa avoimen dialogin periaatteita ja terapeutista keskustelua. Ryhmässä, jossa on monta henkilökunnan jäsentä, oman roolin löytäminen ja vuorovaikutuksen muodostaminen luonnolliseksi on tärkeää, jotta ryhmän terapeuttisuus säilyy eikä häiriinny useammasta ”johtohahmosta”. Roolijako ja ryhmän sisältö täytyy ohjaajien välillä suunnitella tarkkaan. Koimme tärkeänä ohjaajan roolin ryhmän struktuurin ja ilmapiirin luojana. Liikuntaryhmistä jäi ohjaajille aina hyvä mieli. Ajoittain nuoret saattoivat kuitenkin herättää voimakkaita vastatunteita, kuten jatkuvassa oppositiossa olleen nuoren herättämä ärsyyntymisen tunne. Tällaisia tilanteita ja ryhmässä tapahtuvia ilmiöitä olisi hyvä pystyä käsittelemään työohjauksessa, jossa työnohjaajalla on kokemusta ryhmäterapeuttisesta työskentelystä.

12.3 Yhteenveto

Mielestämme työ on toteuttanut opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteet kuvata liikuntaterapiaryhmää ja siitä saatuja kokemuksia. Nuorisopsykiatrisessa työssä toteutettavasta fysioterapiasta tieteellistä tutkimusta on vähäisesti. Ryhmäkertoja oli vain kuusi, joten olisi hyvä saada kokemuksia pidempikestoisesta ryhmästä. Nuorisopsykiatriassa tutkimusluvan saaminen nuorista itsestään voi olla vaikeaa, mutta nuorten itsensä tutkiminen ja omat kokemukset sekä kommentit olisivat ensiarvoisen tärkeää tietoa. Vaikutavuusarviointia ryhmässä harjoiteltavista asioista olisi tärkeää koota erityisesti vuorovaikutuksen laadun ja taitojen parantumisesta. Lisää tietoa tarvittaisiin osastolla toteutettavan liikuntatoiminnan vaikutuksesta pitkäkestoisemmin nuoren arkielämässä sekä siitä, miten liikuntaterapeuttisen ryhmämme kaltainen ryhmä toimisi polikliinisten nuorten kohdalla tai aikuis- ja vanhuspsykiatriassa.

Työmme on mielestämme yleistettävissä nuorisopsykiatrisille osastoille. Henkilökunnan ammattitaito ja motivaatio tällaisten ryhmien ohjaamiseen ja suunniteluun on tärkeää, jotta opinnäytetyössämme ilmi tulleisiin seikkoihin pystytään kiinnittämään huomiota. Roolimme sekä ohjaajina että havainnoitsijoina oli mielestämme haastava. Jouduimme ryhmien aikana keskittymään ohjaamiseen sekä tarkkailemaan ryhmän toimintaa. Jos ryhmää olisi ohjannut kolmas henkilö, olisimme voineet paremmin keskittyä vain havainnointiin. Muuttaisimme toteutusta siten, että kertoisimme osaston henkilökunnalle psykomotorisen terapian periaatteista selkeämmin yhdenmukaistaaksemme henkilökunnan toimintaa ryhmässä. Arvioitavien ryhmäkertojen määrän tulisi olla suurempi, jotta toiminnasta saisi paremman kokonaiskuvan. Kyselylomakkeen kysymykset olisivat voineet olla tarkempia, jotta kerätty tieto olisi ollut syvällisempää. Ryhmäkertojen tarkempi tavoitteiden asettaminen ja teemoittaminen olisi selkeyttänyt ryhmäprosessia ja havaintojen jäsentelyä. Harjoitteita olisi tällöinkin pystytty muokkaamaan tarpeen vaatiessa.

Ryhmä tuki mielestämme nuorten psykiatrista kuntoutusta. Sen kautta osaston käyttöön saatiin paljon tietoa nuorten toimintakyvystä. Tämän tiedon kokoaminen osaston arjessa voi olla muuten vaikeaa. Nuorten palaute oli positiivista; ryhmäkerrat koettiin mielekkäiksi ja ryhmiin oli helppo tulla. Henkilökunnan kommentteista nousi esille ryhmän tarpeellisuus osana kuntoutusta. Ohjaajina koimme ryhmän suunnittelun ja ohjaamisen mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Nuorisopsykiatrian piirissä olevat nuoret oireilevat kehollisesti ja liikuntaterapiasta on apua heidän kuntoutuksessaan.

13 LÄHTEET

- Antonovsky, Aaron 1987: *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Berger, Kathleen Stassen 2007: *The Developing Person - Through the Life Span (7. painos)*. New York: Worth Publishers.
- Biddle, Stuart J. H. - Mutrie, Nanette 2008: *Psychology of Physical Activity*. Trowbridge: The Cromwell Press.
- Blanchet, Alain – Batt, Martine - Trognon, Alain – Masse, Laurence 2005: *The Hidden Structure of Interactions: From Neurons to Culture Patterns*. Amsterdam: IOS Press.
- Blinnikka, M-L., 1995. *Liikunta terapiana Teoksessa* Lintunen, T., Koivumäki, K, Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee mieli notkee*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura ry.
- Coalter, Frank 2007: *Sport, social inclusion and crime reduction*. Teoksessa Faulkner, Guy E. J. – Taylor, Adrian H. (toim.) *Exercise, Health and Mental Health*. Padstow: TJI Digital.
- Eiden, Bernd 2002: *Application of post-Reichian body psychotherapy: A Chiron perspective*. Teoksessa Staunton, Tree (toim.) *Body Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Faulkner, Guy E. J. – Taylor, Adrian H. (toim.) 2007: *Exercise, Health and Mental Health*. Padstow: TJI Digital.
- Herrala, Helinä - Kahrola, Tytti - Sandström, Marita 2008: *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Jaakkola, Raija 2009: *Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista 2008*. Teoksessa Lähteenmäki, Marja-Leena – Jaakkola, Raija (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia, kokemus kehossa*. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Jaakkola, Raija 2005: *Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta*. Teoksessa Lähteenmäki, Marja-Leena – Jaakkola, Raija (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia, kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Juselius, Toini 2005: *Nuoruusikäisten ryhmäpsykoterapia*. Teoksessa Pölönen, Ritva – Sitolahti, Terttu 2005: *Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä*. Helsinki. Yliopistopaino.
- Kabat-Zinn, Jon 2006: *Olet jo perillä – tietoisien läsnäolon taito*. Helsinki: Gummeruksen kirjapaino.

- Keinänen, Matti - Engblom, Päivi 2007: Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Keski-Luopa, Leila 2005: Psykoterapiaryhmän perustaminen. Teoksessa Pölönen, Ritva – Sitolahti, Terttu 2005: Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä. Helsinki. Yliopistopaino.
- Knapen, Jan - Van de Vliet, Peter - Van Coppenolle, Herman - David, Ans - Peuskens, Joseph - Pieters, Guido - Knapen, Koen 2005: Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics* 74 (6). 353-361.
- Koljonen, Maija 2005: Psykomotorisen harjaannuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Rintala, Pauli – Ahonen, Timo – Cantell, Marja – Nissinen, Anu (toim.): Liikun ja opi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Koljonen, Maija 2000: Uskallan ja osaankin. Jyväskylä: LIKES.
- Kumpulainen, Kirsti 2004: Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Langeland, Eva 2007: Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. Bergen: University of Bergen.
- Lundvik Gyllesten, Amanda 2001: Basic Body Awareness Therapy – Assessment, treatment and interaction. Lund: Studentlitteratur.
- Luopa, Pauliina – Harju, Hanna – Puusniekka, Riikka – Sinkkonen, Annika – Jokela, Jukka – Kinnunen, Topi – Pietikäinen, Minna 2008: Kouluterveys 2008: Pääkaupunkiseudun raportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Lönnqvist, Jouko - Heikkinen, Martti - Henriksson, Markus - Marttunen, Mauri - Partonen, Timo (toim.) 2007: Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Marttunen, Mauri – Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2007: Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko - Heikkinen, Martti - Henriksson, Markus - Marttunen, Mauri - Partonen, Timo (toim.) 2007: Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Mattila, Eija 2009: Vuorokuunteluohjaus dialogissa. Teoksessa Hentinen, Kirsi – Iija, Aulikki – Mattila, Eija (toim.) Kuuntele minua - Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.
- Moilanen, Irma 2004: Tunne-elämän häiriöt. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) 2004: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) 2004: Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mutrie, Nanette – Faulkner, Guy 2003: Physical activity and mental health. Teoksessa Everett, Tina – Donaghy, Marie – Feaver, Sally (toim.) Interventions for Mental Health. China: Butterworth-Heinemann.
- Niskanen, Vesa A. 1997: Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ojala, Toini – Uutela, Antti 1993: Rakentava vuorovaikutus. Porvoo: WSOY.
- Ojanen, Markku 1995: Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä. Teoksessa Lintunen, Taru – Koivumäki, Kari – Säilä, Hannu (toim.) Jalka potkee mieli notkee – Liikunta mielenterveyden tukena. Tammisaari: Tammisaaren Kirjapaino Oy.
- Peluso, Marco Aurelio Monteiro – de Andrade, Laura Helena Silveira Guerra 2005: Physical activity and mental health: The association between exercise and mood. Clinics 60 (1). 61-70.
- Piha, Jorma 2004: Erikoissairaanhoido. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Piha, Jorma 2004: Hoito ja hoitomenetelmät. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Piper, W. E. 1994: Client variables. Teoksessa Fuhriman, Addie – Burlingame, Gary M. (toim.) Handbook of Group Psychotherapy. New York: Wiley.
- Psykofyysinen fysioterapia. 2009. Psyfy ry. Verkkodokumentti. <www.psyfy.net/fysioterapia.php>. Luettu 30.12.2009.
- Psykomotoriikka. 2009. Suomen Psykomotoriikkayhdistys ry. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.9.2009. <<http://www.psykomotoriikka.info/psykomotoriikka.html>>. Luettu 30.12.2009.
- Rantanen, Päivi 2004: Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Rautkallio, Aino Maija 1997: Reflektiivinen tiimi. Perheterapia 4. 4-12.
- Rothschild, Babette 2002: Body psychotherapy without touch: applications for trauma therapy. Teoksessa Staunton, Tree (toim.) Body Psychotherapy. New York: Routledge.
- Rothschild, Babette 2000: The Body Remembers. New York: W.W. Norton & Company.

- Roxendal Gerdrud 1987: Ett helthperspektiv - sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.
- Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniekka, Anna 2006: KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html>. Luettu 18.11.2009.
- Salmela, Jaana 2006: Koetun sosiaalisen tuen, pätevyyden, itsearvostuksen ja liikunnan yhteyksiä nuoruusiän kasvuvuosina. Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2490-4>>. Luettu 22.10.2009.
- Schmitz, Norbert – Kruse, Johannes – Kugler, Joachim 2004: The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. Preventive Medicine 39. 1200-1207.
- Seikkula, Jaakko 2006: Dialogical Meetings in Social Networks. Lontoo: H Karnac Ltd.
- Seikkula, Jaakko 2004: Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Helsinki: Duodecim 120 291- (?)
- Sitolahti, Terttu 2005: Katsaus analyttisen ryhmäpsykoterapian alkuhistoriaan: psykoanalyysista ryhmähoidoksi, ryhmähoidosta ryhmäpsykoterapiaksi. Teoksessa Pölönen, Ritva – Sitolahti, Terttu 2005: Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä. Helsinki. Yliopistopaino.
- Skjaerven, Liv Helvig 2004: ”Being in Dialog” – Basic Bodyawareness in Group Therapy level 3. Bergen: Bergen University College.
- Staunton, Tree 2002: Body Psychotherapy. New York. Routledge.
- Steggink, Daniel 1997: Similarities and differences between psychomotor therapy and play therapy for children. Teoksessa Vermeer, Adri – Bosscher, Rudolf J. - Broadhead, Geoffrey D. Movement Therapy Across The Lifespan. Asterdam: VU University Press.
- Steggink, Daniel, Vermeer, Adri 1997: Psychomotor therapy with autistic children: possibilities and limitations. Teoksessa Vermeer, Adri – Bosscher, Rudolf J. - Broadhead, Geoffrey D. Movement Therapy Across The Lifespan. Asterdam: VU University Press.
- Svennevig, Hanna 2005: Kehon Mieli. Porvoo. WS Bookwell Oy.
- Tamminen, Tuula 2004: Psykosomatiikan teorit. Teoksessa Moilanen, Irma - Räsänen, Eila - Tamminen, Tuula - Almqvist, Fredrik - Piha, Jorma - Kumpulainen, Kirsti (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Thornquist, Elien – Bunkan, Berit Heir 1991: What is Psychomotor Therapy?. Oslo: Norwegian University Press.

- Vilén, Marika – Leppämäki, Päivi – Ekström, Leena 2005: Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveystalalla. Porvoo: WSOY.
- Vilkka, Hanna - Airaksinen, Tiina 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, Hanna 2006: Tutki ja Havainnoi. Vaajakoski: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Ward, Dianne S. - Saunders, Ruth P. - Pate, Russel R. 2007: Physical Activity Interventions in Children and Adolescents. USA: Versa Press.
- van Wonterghem 1997: Fitness training as a means of psychomotor therapy for young-adult psychotic patients. Teoksessa Vermeer, Adri – Bosscher, Rudolf J. - Broadhead, Geoffrey D. Movement Therapy Across The Lifespan. Asterdam: VU University Press.
- Welsche, Mone - Stobbe, Cordula - Hölter, Gerd – Romer, Georg 2007: Overview of diagnostic and therapeutic procedures in child and adolescent psychiatry. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35 (6). 435-445.
- Wickström, Clara 2004: Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. Fysioterapia 51 (7) 25
- Yalom, Irvin D. – Leszcz, Melyn 2005: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Zimmer, Renatte 2001: Liikuntakasvatuksen käsikirja. Helsinki: LK-kirjat.

Hyvä liikuntaryhmään osallistuja!

Opiskelemme Metropolia ammattikorkeakoulussa fysioterapeutti AMK -tutkintoa ja teemme opinnäytetyötä psykomotorisesta terapiaryhmästä Jorvin sairaalan nuorisopsykiatrisella tutkimus- ja kuntoutusosastolla. Opinnäytetyötämme varten olemme laatineet kyselylomakkeen, jossa kartoitamme henkilökunnan kokemuksia ryhmästä ja siinä ilmenevistä opinnäytetyömme kannalta tärkeistä asioista ja ilmiöistä. Opinnäytetyöllämme on tutkimuslupa HUS psykiatrian toimialalta sekä Espoon kaupungin potilasvirastolta.

Olisimme erittäin kiitollisia, jos käyttäisitte hetken aikaa kyselyn täyttämiseen ja auttaisitte meitä keräämään tärkeää tietoa työtämme varten. Vastaamiseen menee noin 5-10 minuuttia.

Muistutamme, että vastaaminen kyselylomakkeeseen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyys käy vastauksista ilmi.

Kiittäen,

Marko Kuukasjärvi
Fysioterapeutti
puh: 0504284359
email: marko.kuukasjarvi@hus.fi

Petri Saarela
Fysioterapeuttiopiskelija
puh: 0440202002
email: petri.saarela@metropolia.fi

KYSELYLOMAKE

1. Miten mielestäsi tämänkertainen liikuntaryhmä onnistui ja mitkä asiat tähän vaikuttivat?

2. Miten kuvailisit vuorovaikutusta liikuntaryhmän aikana?

3. Miten arvioisit ryhmän:

a.) Harjoitteiden sisältöä?

b.) Harjoitteiden ikätasoisuutta?

4. Muita asioita joita haluat tuoda esille?

LOPPUKYSELY

Miten koit psykomotorinen terapiaryhmä soveltuu osana osasto PN2:n toimintaa?

Millaisia kehittämissuhteita sinulla olisi liikuntaryhmän jatkoa ajatellen?

Psykomotorisen terapiaryhmän harjoitteet

Terapiaryhmät on muodostettu psykomotorisen terapian perusteisiin nojaten, jakaen ryhmäkerrat lämmittelevään, rakentavaan ja lopuksi keuhonhahmottamisharjoituksia sisältäviin osioihin. Ryhmäkerrat ovat sisältäneet järjestyksessään seuraavia harjoituksia:

RYHMÄ 1. 12.1.2010:

1. Vyörypallo

Pelivälineiksi tarvitaan yksi iso terapiapallo ja joukko erilaisia pienempiä palloja.

Turvallisuussyistä pallojen on hyvä olla pehmeitä. Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen.

Pelitalaksi käy liikuntasali, jonka saa jaettua kahteen osaan. Terapiapallo asetetaan keskelle salia.

Pelin tarkoituksena on pyrkiä vierittämään terapiapallo vastakkaisen joukkueen päytyyn heittelemällä sitä pienemmillä palloilla. Vyörypallon myötä harjoituu ryhmässätoimimistaidot, käsi-silmä -koordinaatio sekä pallonkäsittelytaidot.

2. Indiacasulkapallo

Indiacasulkapalloa pelataan pareittain isolla vaahtomuovisella sulkapallolla kämmenellä lyöden.

Tavoitteena on käsi-silmä -koordinaation kehittäminen sekä parityöskentelyn harjoittelu.

3. Venyttely, itsenäinen pallohieronta

Perusvenytyksiä ohjatusti, joiden tavoitteena on venyttellä reiden, pohkeiden, pakarän ja rintahartiaseudun lihaksistoa. Loppurentoutuksena jokainen ryhmäläinen hieroo ohjatusti itseään nystyräpallolla bodyscanning -menetelmällä alaraajoista ylävartaloa kohden. Tavoitteena keuhon hahmottamisen kehittäminen, rentoutuminen sekä oman keuhon hyväksyminen.

RYHMÄ 2. 19.1.2010:

1. Polttopallo / Kahden tulen välissä

Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen liikuntatilan eri puolille. Peliä pelataan yhdellä pehmopallolla ja tarkoituksena on heittää pehmopallolla vastakkaiseen joukkueen jäsentä kaulasta alaspäin. Pallon osuessa kyseinen pelaaja siirtyy pelialueen reunalle. Peruspeliä pelataan vain kerran.

Siirrytään haastavampaan sääntövariaatioon ja otetaan käyttöön kaksi palloa, jossa muuten sama periaate jatkuu, mutta pelaajan ”palaessa”, hän siirtyy vastustajajoukkueen taakse jaettuun pieneen tilaan ja voi täältä pallon saadessaan pyrkiä polttamaan vastajoukkueen jäseniä.

Kolmantena sääntövariaationa jatketaan kahdella pallolla ja pelaajan ”palaessa” siirtyy hän vastajoukkueeseen normaaliksi polttajaksi. Peli jatkuu, kunnes toisessa joukkueessa ei ole enää yhtään pelaajaa. Harjoitusten tavoitteena on kehittää ympäristön hahmottamista, joukkueena toimimista, pallonkäsittelytaitoja sekä toimia alkulämmittelynä.

2. Liikkuminen hernepussi pään päällä

Osallistujille jaetaan jokaiselle hernepussi asetettavaksi pään päälle. Harjoituksen tarkoituksena on liikkua tilassa eri tasoilla niin, ettei hernepussi tippuisi lattialle. Harjoitus kehittää kehon hahmottamista, tasapainoa ja tilan hahmottamista.

3. Sisäcurling

Ryhmä jaetaan kahtia ja jokaiselle ryhmäläiselle jaetaan tasalukuinen määrä hernepusseja. Ohjaaja tekee liikuntatilaan esim. maalarinteipillä rastin sopivan etäisyyden päähän. Jokainen nuori vuorollaan pyrkii saamaan hernepussin heittämällä tai liu’uttamalla mahdollisimman lähelle rastia tai pyrkii tönäisemään vastapuolen pusseja kauemmas. Harjoitus kehittää koordinaatiota, ryhmässä toimimista ja taktikointia.

4. Pallohieronta parin kanssa

Pari hieroo vuorotellen nystyräpallolla toisen selän ja hartian aluetta makuu tai istuma-asennossa. Ohjaaja tarkailee kelloa ja sovitun ajan päästä vaihdetaan vuoroa. Tavoitteena kehon hahmottamisen kehittäminen, rentoutuminen sekä toiselta saadun kehollisen huomion hyväksyminen ja siitä nauttiminen.

RYHMÄ 3. 26.1.2010:

1. Lentopallo ilmapalloilla

Ryhmä jaetaan kahteen. Pelataan lentopalloa joukkueena ilmapalloilla. Ilmapalloja tulisi varata niin, että palloja on jokaiselle yksi sekä muutamia varapalloja. Aina kun pallo tippuu lattialle, niin pallo on poissa pelistä ja näin pallot pikkuhiljaa vähenivät. ”Voittajajoukkue” on se, kumman puolelle on jäänyt vähemmän palloja. Harjoituksen tarkoituksena on harjoitella ryhmässä toimimista, voiman käyttöä, tilan huomioimista, keskittymistä ja sen jakamista moneen asiaan yhtäaikaaisesti.

2. Ilmapallon kuljetus

Jokainen osallistuja kuljettaa ilmapalloa annetun ohjeistuksen mukaisesti eri kehon osilla helpommasta vaikeampaan ja jopa mahdottomaan. Kuljettaa voi mm. päällä, kädellä, pakaralla, jalalla jne. Harjoitus kehittää kehon hahmottamista ja keskittymiskykyä, ympäristön havainnointia sekä tilan huomiointia sekä kykyä liikkua tilassa, missä on paljon muita ihmisiä.

Variaationa ilmapallon kuljettamisessa on ilmapallon ryöstäminen toiselta. Samalla omaa ilmapalloa kuljettaessa pyritään lyömään toisen kuljettama ilmapallo pois omaa palloa samalla suojellen. Lopuksi ohjaajat voivat vapaamuotoisesti keskustella, miltä toisen ilmapallon ryöstö ja miltä oman pallon menettäminen tuntuu. Tavoitteena on harjoitella toisen reviirille menoa, tunteiden tunnistamista ja koordinaatiota.

3. Hernepussirentoutus

Ryhmä jakautuu omille jumppamatoille päinmakuulle tai itse kokemaansa hyvään asentoon. Terapeutit musiikin soidessa taustalla jakavat hernepusseja osallistujien päälle tuomaan painon tunnetta. Pusseja voi asetella mm. selkään, jaloille tai käsivarsille. Tavoitteena harjoituksessa on rentoutua ja rauhoittua ja kehittää kehon hahmottamista.

RYHMÄ 4. 9.2.2010.

1. Sulkapallo

Osallistujille jaetaan mailat ja sulkapalloa pelataan normaalein säännöin useamman parin kesken liikuntatilassa. Tarkoituksena on totutella lajiin, jos edellisestä kerrasta on pidempi aika, sekä pienessä tilassa pelattaessa tulee harjoiteltua parityöskentelyä sekä rajallisessa tilassa muiden huomioimista.

2. Joukkuesulkapallo

Ryhmä jaettiin kahteen joukkueeseen. Sulkapalloa pelataan normaalin kokoisella sulkapallokentällä aina yhden pelaajan ollessa kerrallaan kentällä per joukkue ja muut joukkueen jäsenet ovat joko kentän takaosassa tai reunalla lyöntijonossa. Harjoitteen tarkoituksena on aina yhden kerran sulkaa lyötyään antaa maila seuraavalle joukkueensa jäsenelle ja siirtyä itse lyöntijonon hännille. Harjoitteessa harjoitellaan erityisesti yhteistyötaitoja, monen asian kerrallaan

huomioimista ja keskittymiskykyä. Harjoite on haastava eikä peliä tarvitse pelata ns. pelinomaisena, vaan tarkoituksena voi hyvinkin olla vain saada pidettyä sulka ilmassa mahdollisimman pitkään.

3. ”Tollopallo”

Pieniin jätesäkkeihin rytistetyistä sanomalehtipaperitolloista muodostuneita ”palloja” jaetaan tasan pelialueen kahdelle puolelle. Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen ja kumpikin joukkueista siirtyy omille puolilleen. Tavoitteena harjoitteessa on tietyn ajan aikana (esim. 1 minuutti) pitää oma puoli mahdollisimman tyhjänä paperitolloista heittelemällä niitä toisen joukkueen alueelle. Kädessä saa olla vain yksi ”tollo” kerrallaan. Ajan päätyttyä voidaan laskea kummalle puolelle ”tolloja” on jäänyt enemmän. Harjoituksessa kehittyä fyysinen kunto, taktikointitaidot ja ryhmätyöskentelytaidot. Jokaisen joukkueen jäsenen työpanos on tärkeä.

4. Venyttely

Ryhmäkerta lopetettiin ohjattuihin perusvenytyksiin, jossa tavoitteena venyttää reiden, pohkeiden, pakarän ja rinta-hartiaseudun lihaksistoa.

RYHMÄ 5. 16.2.2010

1. Vyörypallo

Pelivälineiksi tarvitaan yksi iso terapiapallo ja joukko erilaisia pienempiä palloja.

Turvallisuussyistä pallojen on hyvä olla pehmeitä. Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen.

Peliläksi käy liikuntasali, jonka saa jaettua kahteen osaan. Terapiapallo asetetaan keskelle salia.

Pelin tarkoitus on pyrkiä vierittämään terapiapallo vastakkaisen joukkueen pätyyn heittelemällä sitä pienemmillä palloilla. Vyörypallon myötä harjoittuu ryhmässä toimimistaidot, käsi-silmä -koordinaatio sekä pallonkäsittelytaidot.

2. ”Pönttöpallo”

Pelivälineiksi tarvitaan kaksi ämpäriä tai vastaavaan astiaa sekä yksi pehmeä keskikokoinen pallo.

Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen ja kumpikin joukkue valitsee yhden ”pöntönpitäjän”.

Kummankin joukkueen puolelle pätyyn asetetaan pieni koroke (esim. steppilauta), jonka päällä vastakkaisen joukkueen ”pöntönpitäjä” seisoo. Pelin aikana tarkoitus on saada pallo oman puolen joukkueen ”pönttöön”. Pallo kädessä ei saa liikkua kuin yhden tukiaskeleen verran, mutta vapaana olevat voivat hakea kentältä paikkaa. ”Pöntönpitäjää” vaihdetaan aina sopivin väliajoin.

3. Venyttely ja itsenäinen pallohieronta.

Perusvenytyksiä ohjatusti, jossa tavoitteena venyttellä reiden, pohkeiden, pakarän ja rinta-hartiaseudun lihaksistoa. Loppurentoutuksena jokainen ryhmäläinen hieroo ohjatusti itseään nystyräpallolla bodyscanning -menetelmällä alaraajoista ylävartaloa kohden, tavoitteena kehon hahmottamisen kehittäminen, rentoutuminen sekä oman kehon hyväksyminen.

RYHMÄ 6. 2.3.2010

1. ”Pönttöpallo”

Pelivälineiksi tarvitaan kaksi ämpäriä tai vastaavaan astiaa sekä yksi pehmeä keskikokoinen pallo. Ryhmä jaetaan kahteen joukkueeseen ja kumpikin joukkue valitsee yhden ”pöntönpitäjän”. Kummankin joukkueen puolelle päätyyn asetetaan pieni koroke (esim. steppilauta), jonka päällä vastakkaisen joukkueen ”pöntönpitäjä” seisoo. Pelin aikana tarkoitus on saada pallo oman puolen joukkueen ”pönttöön”. Pallo kädessä ei saa liikkua kuin yhden tukiaskeleen verran, mutta vapaana olevat voivat hakea kentältä paikkaa. ”Pöntönpitäjä” vaihdetaan aina sopivin väliajoin.

2. Indiacasulkapallo

Indiacasulkapalloa pelataan pareittain isolla vaahtomuovisella sulkapallolla kämmenellä lyöden. Tavoitteena on käsi-silmä -koordinaation kehittäminen sekä parityöskentelyn harjoittelu.

3. Kontaktiharjoitus parin kanssa

Harjoitteessa parin kanssa vasta-asennossa seisoen toisen kädestä kiinni pitäen pyritään horjuttamaan toisen tasapainoa. Harjoituksessa totutellaan fyysiseen kontaktiin, oman ja toisen voiman tunnistamiseen, harjoitetaan tasapainoa ja painonsiirtoja sekä taktikointia.

4. Venyttelyt ja kehon rajojen taputukset.

Ryhmäkerta lopetettiin ohjattuihin perusvenytyksiin, jossa tavoitteena venyttellä reiden, pohkeiden, pakarän ja rinta-hartiaseudun lihaksistoa. Venyttelyn jälkeen ryhmäläiset käyvät kehonsa rajat lävitse taputtelemalla kämmenellään ohjatusti alaraajoista lähtien käyden kaikki kehon osat läpi. Taputtelut voidaan lopettaa pään taputteluun sormenpäillä.