



Päivi Pylvänäinen, Katriina Hyvönen,
Joonas Muotka, Anita Forsblom, Raimo Lappalainen,
Aino Levaniemi ja Niina Maaskola

Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille

Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus



Päivi Pylvänäinen
Katriina Hyvönen
Joonas Muotka
Anita Forsblom
Raimo Lappalainen
Aino Levaniemi
Niina Maaskola

Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille

Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus

Kirjoittajat

Päivi Pylvänäinen, PsT, MA in Creative Arts in Therapy, psykologi,
tanssi-liiketerapeutti
Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut
projektitutkija, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
etunimi.sukunimi@tanssiterapia.fi

Katriina Hyvönen, PsT, dosentti, psykoterapian erikoispsykologi,
tanssi-liiketerapeutti, yliopisto-opettaja, tutkimushankkeen
hankekoordinaattori
Tampereen yliopisto, psykologian laitos
etunimi.sukunimi@tuni.fi

Joona Muotka, FM, tilastotieteilijä, yliopisto-opettaja
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
etunimi.s.sukunimi@jyu.fi

Anita Forsblom, FT, tanssi-liiketerapeutti, musiikkiterapeutti,
yksityinen palveluntuottaja
musiikkiterapeutti.etunimisukunimi@gmail.com

Raimo Lappalainen, Ph.D., professori
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Aino Levaniemi, hum. kand.
etunimi.sukunimi@gmail.com

Niina Maaskola, FM, PsM, psykologi
Peurunka
etunimi.sukunimi@gmail.com



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-113-1 (nid.)
ISBN 978-952-284-114-8 (pdf)

ISSN-L 1238-5050
ISSN 1238-5050 (painettu)
ISSN 2323-7724 (verkkajulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202102033575>

Julkaisija: Kela, Helsinki
2021

Kirjapaino: Erweko



Painotuote
4041 0032



Tiivistelmä

Pylvänäinen P, Hyvönen K, Muotka J, Forsblom A, Lappalainen R, Levaniemi A, Maaskola N. **Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 157, 2021. 69 s. ISBN 978-952-284-113-1 (nid.), ISBN 978-952-284-114-8 (pdf).

Tutkimme tanssi-liiketerapian (TLT) käytettävyyttä masentuneiden työikäisten kuntoutuksessa. Tutkittavia oli 157, joista 109 satunnaistettiin TLT-interventioryhmään (n = 52) tai kontrolliryhmään (n = 57). Loput tutkittavat (n = 48) osallistuivat satunnaistamattomiin TLT-ryhmiin. Kaikilla tutkittavilla oli lääkärin diagnosoima masennus, joka aiheutti uhkaa työ- tai opiskelukyvylle. TLT-interventio tapahtui tanssi-liiketerapeutin ohjaamassa ryhmässä, joka kokoontui 20 x 75 minuuttia 10 viikon aikana. Kaikki tutkittavat saivat tavanomaista hoitoa tutkimuksen aikana. Alku-, jälki- ja 3 kuukauden seurantamittauksessa tarkasteltiin masennusoireilua (BDI), yleistä psyykkistä vointia (CORE-OM), työ- tai opiskelukykyä ja kehonkuvaa. TLT-interventioryhmän oireet (BDI, CORE-OM) vähenivät merkitsevästi verrattuna kontrolliryhmään, missä tutkittavien oireissa ei tapahtunut muutosta. Interventioryhmän työ- tai opiskelukyky vahvistui. Interventioryhmässä lähes 45 % tutkittavista hyötyi TLT-interventiosta. Ryhmien väliset efektikoot osoittivat keskikokoisia eroja (d = 0,58–0,72) kaikissa oireissa seurantamittauksessa. Koe-kontrolliasetelman aikana kontrolliryhmässä ei tapahtunut muutosta kehonkuvassa, mutta interventioryhmänkään muutos ei pistemäärämuutoksena ollut tilastollisesti merkitsevä. Vaikka määrällisiä muutoksia ei havaittu, laadullisessa koko aineiston tarkastelussa havaittiin, että tutkittavien kehonkuvassa korostui energian puute, epäasukavuus sekä huoli siitä, mitä toiset ajattelevat omasta kehosta ja toiminnasta. Kehon toimintakyky ja olemus koettiin huonoina. Tutkittavilla ilmeni pyrkimystä olla huomioimatta, mitä kehossa tapahtuu. TLT-interventiovaiheessa seurantamittauksen vastauksissa ilmeni enemmän itsen ja kehon havainnointia, hyväksyntää, uudenlaisen toiminnan kokeilemistä, enemmän neutraaliutta ja myötätuntoa. Tutkimustulos osoitti TLT-intervention tuomien suotuisten muutosten säilyvän lyhyen 3 kuukauden seuranta-ajan.

Avainsanat: masennus, tanssiterapia, ruumiinkuva, ryhmäterapia, kuntoutus, työkyky, opiskelukyky, toimintakyky, satunnaisesti vertailukokeet

Sammandrag

Pylvänäinen P, Hyvönen K, Muotka J, Forsblom A, Lappalainen R, Levaniemi A, Maaskola N. **Dans- och rörelseterapi i gruppform för patienter med depression. En randomiserad kontrollerad multicenterstudie.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa, undersökningar 157, 2021. 69 s. ISBN 978-952-284-113-1 (hft.), 978-952-284-114-8 (pdf).

Forskningsprojektet undersökte nyttan av dans-rörelseterapi (DRT) vid rehabilitering av vuxna personer med depression. I studien deltog 157 personer, varav 109 randomiserades till en DRT-interventionsgrupp (n = 52) eller en kontrollgrupp (n = 57). De övriga (n = 48) deltog i icke-randomiserade DRT-grupper. Alla hade en depressionsdiagnos ställd av läkare, och depressionen hotade arbets- eller studieförmågan. DRT-interventionen bestod av gruppterapi ledd av en dans-rörelseterapeut. Gruppen träffades 20 x 75 minuter under 10 veckor. Alla deltagare fick gängse vård under den tid studien varade. Depressionssymtom (BDI) och allmänt psykiskt välbefinnande (CORE-OM), arbets- eller studieförmåga samt kroppsuppfattning evaluerades vid tre tillfällen: i början av studien, i slutet av studien och tre månader efter studien. I DRT-interventionsgruppen minskade symtomen (BDI, CORE-OM) signifikant jämfört med kontrollgruppen, vars symtom var oförändrade. I DRT-gruppen ökade arbets- eller studieförmågan och närmare 45 % hade nytta av interventionen. Skillnaderna i effektstorlekar mellan grupperna var medelstora ($d = 0,58 - 0,72$) för alla symtom vid uppföljningsmätningarna. I kroppsuppfattningen skedde ingen förändring i kontrollgruppen. I DRT-gruppen var den numerära förändringen inte signifikant, men kvalitativt fanns en skillnad mellan DRT-gruppen och kontrollgruppen. Enligt kroppsuppfattningsenkäten hade deltagarna låg energinivå samt upplevde obekvämheter och oro över vad andra tänker om deras kroppar och handlingar. Kroppens funktionsförmåga och utseende upplevdes som dåliga, och deltagarna föredrog att inte registrera vad som händer i kroppen. Efter DRT-interventionen var deltagarna mer observanta på sig själva och på sin kropp, mer accepterande, mer öppna för att pröva på nya aktiviteter och visade mer neutralitet och medkänsla. Studien visade att de positiva förändringarna bibehölls under den tre månader långa uppföljningstiden.

Nyckelord: depression, dansterapi, kroppsuppfattning, gruppterapi, rehabilitering, arbetsförmåga, studieförmåga, funktionsförmåga, randomiserade kontrollerade studier

Abstract

Pylvänäinen P, Hyvönen K, Muotka J, Forsblom A, Lappalainen R, Levaniemi A, Maaskola N. **Dance movement therapy group intervention in the treatment of depression. A multi-center, randomized controlled trial.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 157, 2021. 69 pp. ISBN 978-952-284-113-1 (print), 978-952-284-114-8 (pdf).

The study investigated the effectiveness of a dance movement therapy (DMT) group in the treatment of adults with depression. In total, 157 participants were involved, of whom 109 were randomized into a DMT group ($n = 52$) and a control group ($n = 57$). The rest ($n = 48$) participated in non-randomized groups. All participants had depression diagnosed by a doctor. The severity of depression was assessed to threaten the ability to work/study. All participants received treatment as usual during the study. The intervention was facilitated by a dance movement therapist and included 20 x 75 min sessions within 10 weeks. Depressive symptoms (BDI), general mental condition (CORE-OM), ability to work/study, and body image were assessed at pre- and post-measurements and 3-months follow-up. The symptoms (BDI, CORE-OM) decreased and the ability to work/study improved significantly in the DMT group. No change was observed in the control group. Almost 45% of the participants in the DMT group benefited from the intervention. The between-group effect sizes were moderate ($d = 0.58-0.72$) at the follow-up. During the intervention-control phase, no change was observed in body image in the control group. The quantitative change in the body image score was statistically non-significant in the DMT group, but qualitative change was found. Qualitative analysis of the body image of all participants in the treatment phase revealed the participants had low energy, discomfort in the body, concern of others' opinions of their actions and body. The appearance and agency of the body were experienced as poor. Participants preferred not to sense what happens in the body. In the 3-months follow-up, the participants expressed a more observing attitude towards oneself and the body, explorations of new activities, more acceptance, neutrality, and compassion. The results indicate the positive outcome of the DMT group intervention remained over the 3-month follow-up period.

Keywords: depression (mental disorders), dance therapy, body image, group therapy, rehabilitation, work ability, ability to study, functional capacity, randomised controlled trials

Alkusanat

Tutkimushankkeessamme selvitettiin, mitä työikäisten masentuneiden tutkittavien kehonkuvassa ja toimintakyvyssä ilmenee ennen ryhmämuotoista tanssi-liiketerapiainterventiota, miten vointi muuttuu intervention myötä ja miten vaikutukset säilyvät 3 kuukauden kuluttua tehtävään seurantamittaukseen. Aloite tähän tutkimushankkeeseen tuli kouluttaja Marko Punkaselta ja tanssi-liiketerapeuteilta, jotka olivat juuri valmistuneet Eino Roiha -instituutin 3-vuotisesta koulutusohjelmasta. Suomen Tanssiterapiayhdistyksen kautta löytyi joukko tanssi-liiketerapeutteja, jotka lähtivät kuljettamaan ideaa eteenpäin. Työ koettiin tärkeäksi, sillä tanssi-liiketerapia (TLT) on Suomessa suhteellisen uusi terapia-muoto ja siihen liittyvälle, Suomessa tehdylle tutkimukselle on kova tarve. Tutkimus auttaa kehittämään TLT:n menetelmiä ja tuo näkyväksi, millä periaatteilla TLT:ssä toimitaan ja mikä on TLT:n vaikuttavuus.

Hankkeeseen saatiin yhteistyökumppaniksi Jyväskylän yliopiston psykologian laitos osin siksi, että TLT oli siellä tullut jonkin verran tutuksi TLT-aiheisen väitöskirjatyön vuoksi. Psykologian laitos oli luonteva yhteistyökumppani myös siksi, että siellä on psykoterapiatutkimuksen klinikka. Jyväskylän yliopistossa on myös musiikin, taiteen ja kulttuurin tutkimuksen laitos, missä tehdään alan tutkimusta ja tarjotaan mm. musiikkiterapeuttien koulutusta. Liikuntatieteellinen tiedekunta ja liikuntakasvatuksen koulutus ovat vielä yksi ulottuvuus tässä ympäristössä, mihin tanssi-liiketerapian tutkimus sopii hyvin.

Kela on ollut hankkeessamme tärkeä yhteistyökumppani v. 2017–2019 rahoittajana ja siten hankkeen mahdollistajana. Arvostamme Kelan valintoja ja sen osoittamaa mielenkiintoa uuden kuntoutusmuodon tutkimiseen ja kehittämiseen. Masennus on niin laajalti ilmenevä mielenterveysongelma, että on todella tärkeä saada lisää ymmärrystä siitä, miten masennus vaikuttaa elämässä ja henkilön omassa kokemuksessa, ja miten masennuksesta toipumista voidaan edistää. Karttuva tieto auttaa myös ymmärtämään, mitä on tarpeellista tehdä, jotta ihmiset sairastuisivat masennukseen harvemmin tai lievemmin. Tämän tutkimushankkeen valossa keskeistä on, että tavallisessa arkielämässä ihmisen kehollisuus huomioidaan hyväksyvin, myönteisin ja toimijuutta vahvistavin tavoin. Masennuksen hoidossa kehon kokemuksen käsitteleminen on tarpeellista, koska masennus vaikuttaa hyvin paljon keholliseen oloon, ja sitä kautta muovaa sitä, miten masennuksesta kärsivä voi olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja suhtees-

sa itseensä. Keho on se, millä olemme suhteessa ympäristöön ja toisiin ihmisiin.

Tämä hanke on merkittävä myös kansainvälisesti, sillä toistaiseksi missään muualla ei ole tehty näin laajaa tutkimusta TLT:n käytöstä masentuneiden aikuisten kuntoutuksessa satunnaistetussa tutkimusasetelmassa. Se, että tutkittavat olivat halukkaita tulemaan hankkeeseen mukaan ja pysyivät mukana läpi tutkimuksen odotus-, interventio- ja seurantavaiheiden, vaikutti suuresti siihen, että saimme työn tehtyä. Se, että tutkittavat kuvasivat vointiaan ja kokemusmaailmaansa ja lähtivät TLT-ryhmien vuorovaikutukseen mukaan, toi meille tärkeää tietoa todellisten ihmisten kokemuksesta. Meidän tehtävämme on ollut tarkkaan tutkia tätä aineistoa ja pyrkiä nostamaan sieltä keskeiset teemat esiin. Tällä haluamme arvostaa sitä ponnistusta, minkä tutkittavat tekivät hankkeen eteen. Toivomme, että tämä kehittää masennuksen hoitoa suuntaan, josta on apua ja hyötyä masennukseen sairastuneille, ja tuo meille tietoa, jonka avulla voimme alkaa toimia sellaisin tavoin, että masennukseen sairastuvuus vähenisi.

Kiitämme yhteistyöstä Kelaa, Jyväskylän yliopiston psykologian laitosta, tutkimukseen osallistuneita tutkimushenkilöitä, hoitotahoja, jotka ohjasivat osallistujia tutkimukseen, hankkeessa toimineita tanssi-liiketerapeutteja ja Suomen Tanssiterapiayhdistystä. Tämä yhteistyö on ollut tärkeää ja antoisaa.

Jyväskylässä, kesäkuussa 2020

työryhmän puolesta Päivi Pylvänäinen ja Katriina Hyvönen

Sisältö	
1 Johdanto	10
1.1 Tutkimushankkeen tausta ja tavoitteet	10
1.2 Tanssi-liiketerapian perusolettamukset ja sen vaikutuksia selittävät teoriat	11
1.3 Tanssi-liiketerapian vaikutukset masennukseen	15
1.4 Tutkimuskysymykset.....	18
2 Aineisto ja menetelmät	19
2.1 Tutkittava ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapiainterventio	19
2.2 Käytetyt tiedonkeruuvälineet ja mittarit	21
2.3 Hankkeen eettisyyden arviointi ja tutkittavien rekrytointi	23
2.4 Tutkimusaineiston keruun toteutuminen	25
2.5 Aineiston analyysimenetelmät	28
2.5.1 Satunnaistetun tutkimusasetelman aineiston tilastolliset analyysit.....	28
2.5.2 Kehonkuvakyselyjen aineiston laadullinen analyysi.....	29
2.5.3 Tutkittavien palautteen analysointi	31
3 Tulokset satunnaistetusta tutkimusasetelmasta	32
3.1 Masennuksen muutos oiremittareilla mitattuna.....	32
3.1.1 Kuvailevat tulokset.....	32
3.1.2 Muutokset oireissa.....	32
3.2 Kehonkuvakyselyn määrälliset tulokset satunnaistetussa tutkimusasetelmassa	35
4 Kehonkuvakyselyn tuoma tieto koko aineistossa	37
4.1 Kehonkuvan laadullinen sisältö	37
4.2 Kehonkuvan muutos TLT-intervention myötä.....	40
4.3 Kehonkuvakyselyjen pisteytettyjen vastausten ja BDI:n keskiarvomutokset koko aineistossa	47
5 Tutkittavien palaute tanssi-liiketerapiajaksosta	50
6 Pohdinta	52
6.1 TLT-tutkimuksen kohderyhmä ja vaikuttavuus	52
6.2 TLT-intervention ryhmämuotoisuuden tuomat mahdollisuudet ja haasteet	53
6.3 TLT-ryhmäintervention rakentuminen.....	55
6.4 Ketkä hyötyvät TLT-ryhmäajaksosta ja miten intervention lyhytkestoisuus ja asiakkaan kehonkuvan laatu vaikuttavat muutokseen?.....	56

6.5 Huomioita ikääntyneiden ja nuorten masennuksen hoitamisesta	
TLT:lla	57
6.6 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	58
7 Tutkimustulosten yhteenveto	60
Lähteet	63

1 Johdanto

1.1 Tutkimushankkeen tausta ja tavoitteet

Masennus on yleinen kansanterveydellinen haaste ja aiheuttaa Suomessa vuosittain merkittävän osan työkyvyttömyyseläköitymisestä (Gould ym. 2007; Eläketurvakeskus 2015). Julkisen sektorin tarjoamat mielenterveyspalvelut ovat kuormitettuja, koska hoidon tarvitsijoita on paljon, joten on tarve kehittää hoitomuotoja, jotka tuottavat asiakkaalle kokemuksen toipumisesta. Usein masennuksesta toipuminen jatkuu kuntoutuksen turvin, mutta Suomessa ei toistaiseksi ole kuntoutuksessa mahdollista saada tanssi-liiketerapiaa niin, että Kela tukisi kuntoutuksen kustannuksia. Tanssi-liiketerapian (TLT) käytöstä masennuksen hoidossa on viime vuosien aikana saatu suotuisia tuloksia Suomessa (Punkanen ym. 2014; Pylvänäinen ym. 2015; Pylvänäinen 2018a). Aiemmassa Kelan rahoittamassa tutkimuksessa (Matinheikki-Kokko ym. 2016) selvitettiin uusien kuntoutusmuotojen, kuten TLT:n, soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Tavoitteena oli edistää tarkoituksenmukaisten kuntoutusmuotojen valintaa ja käyttöä kuntoutujien toimintakyvyn vahvistamiseksi. Aiempi tutkimus suositti TLT:n sisällyttämistä Kelan käyttämiin kuntoutusmuotoihin.

Nyt raportoitavan tutkimushankkeen päätavoitteena oli selvittää TLT:n käyttökel- poisuutta masennuksesta kärsivien työikäisten asiakkaiden kuntoutuksessa aiempaa laajemmalla aineistolla satunnaistetussa tutkimusasetelmassa eri puolilla Suomea. Hankkeessa selvitettiin kustannuksiltaan kohtuullisen TLT-intervention vaikuttavuutta. Lähtökohtana oli, että TLT voi toimia vaihtoehtona toisaalta pitkille yksilömuotoisille kuntoutuspsykoterapioille ja toisaalta tarjota vaihtoehdon asiakkaille, jotka ovat enemmän kiinnostuneita toiminnallisesta kuntoutusmuodosta.

Tutkimushankkeessa käytettiin samoja tiedonkeruumenetelmiä ja mittareita kuin aiemmissa TLT- (Punkanen ym. 2014; Koch ym. 2014; Pylvänäinen ym. 2015) ja psykoterapiatutkimuksissa (esim. Knekt ym. 2010). Tällä tavoiteltiin sitä, että tulokset ovat vertailtavissa keskenään. Erityistä tässä tutkimuksessa oli se, että tutkittaville tehtiin kehonkuvakysely. Kehonkuvakyselyä on jo käytetty yhdessä aiemmassa suomalaisessa TLT-tutkimuksessa (Pylvänäinen ja Lappalainen 2018). Kehonkuvakyselyn käyttö tutkimuksessa tuottaa tietoa masennuksen vaikutuksesta kehonkuvaan sekä siitä, millainen muutos kehonkuvassa on oleellista masennuksesta toipumisessa. Tämä on uusi tulokulma masennukseen ilmiönä ja masennuksen hoidollisten tavoitteiden hahmottamisessa.

Myös kansainvälisen masennus- ja TLT-tutkimuksen näkökulmasta tämä tutkimushanke oli ainutlaatuinen, sillä tutkimukseen osallistui yhteensä 157 tutkittavaa. Tässä tutkimuksessa satunnaistettuun kontrolloituun tutkimusasetelmaan osallistui 109 tutkittavaa, joista 52 osallistui TLT-interventioon syksyllä 2017 ja 57 osallistui kontrolliryhmään, joka sai TLT-intervention viivästetysti keväällä 2018. Näin suurella aineistolla TLT:n vaikuttavuutta ei Suomessa aiemmin ole tutkittu, mutta kansain-

välisestäikään ei ole tehty yksittäistä TLT-tutkimusta, jossa mukana olisi satunnaistetuissa tutkimusasetelmassa näin iso tutkittavien joukko.

1.2 Tanssi-liiketerapian perusolettamukset ja sen vaikutuksia selittävät teoriat

TLT on monitieteinen menetelmä, jossa tanssi luovana ilmaisu- ja taidemuotona yhdistyy ihmistieteisiin. Tavoitteena on hyvinvoinnin tukeminen hahmottamalla ihmisen eletyn kehon (*Lived Body, Lieb*) kokonaisuutta monikerroksisesti ja kokonaisvaltaisesti. ”Eletty keho” on fenomenologiasta peräisin oleva käsite, jolla tarkoitetaan elävää, toimivaa ja kokevaa kehoa, joka on ihmisen subjektiivisen kokemuksen keskus. TLT hahmottaa tanssinkin laajasti, mutta kaikessa tanssin kirjossa ilmenevät seuraavat peruselementit (LaMothe 2015):

1. Tanssi on aistimusten ja niihin syntyvien liikkeellisten vastausten kuvioiden luomista, ja nämä kuviot ovat ilmaisullisia ja viestiviä.
2. Tanssi perustuu kykyyn aistia liikeimpulsseja sekä itsen sisältä että ympäristöstä; esim. yksilö voi aistia oman halun ottaa rytmikkäitä askelia eteen päin tai aistia toisen vetävän itseä kädestä, jolloin yksilössä viriää halu vastata siihen esim. tulemalla kohti.
3. Tanssiin sisältyy liikkeen herättämien tuntemusten ja aistimusten tietoinen havainnointi ja liikkeen (toiminnan) muuntelu sisäisen olon ja ympäristön tilanteen vaatimalla tavalla.

TLT on kehotietoisuuden, liikkeen ja tanssin psykoterapeuttista käyttöä, jossa luovan prosessin kautta mahdollistuu sensomotorisen, emotionaalisen ja kognitiivisen kokemisen tasojen integraatio (Meekums 2002; Payne 2006; Chaiklin ja Wengrower 2009; Payne 2017; Samaritter 2019). TLT:n perusolettamuksia ovat seuraavat: liike ja tanssi ovat kommunikaatiota ja keho (kehon fysiologinen tila ja yksilön oma kokemus kehosta sekä itsestä) ja mieli (ajatukset, tunteet ja mielikuvat) vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti. Liike on monitasoista, ja sitä voi ymmärtää myös symbolisesti ja metaforisesti. Liikkeellisen vastavuoroisuuden ja turvallisuuden tunteen kautta rakentuu vuorovaikutuksellinen suhde, joka on tärkeä muutosta mahdollistava tila. Lisäksi taide ja luova ilmaisu voivat terapeuttisesti sovellettuina edistää hyvinvointia ja integraatiota. Liikkeen ja kehollisuuden ymmärtämykseen sisältyy TLT:ssa myös se, että hahmotetaan implisiittisen (toiminnallisen) ja eksplisiittisen (tiedostetun) muistin, tunteiden kehollisen tunnistamisen, vuorovaikutuksessa olemisen tavan ja havaintoprosessien muodostavan olennaisen osan yksilön itseyyttä, joka vaikuttaa hänen tapaansa käsitellä ja ymmärtää ympäristöä ja itseään.

TLT-interventioissa yhdistyvät somaattiset, emotionaaliset ja kognitiiviset havaintoprosessit. TLT:ssa oleellista on kokemus oman kehon ja liikkeen aistimisesta sekä se, miten liike ymmärretään. Tanssi-liiketerapeutti pyrkii lisäämään kokemuksen ymmärrystä yhdessä asiakkaan kanssa kokeilemalla ja käyttämällä liikkeen kautta tapahtuvaa peilaamista, virittäytymistä ja itsetutkiskelua hyväksyvällä ja vastaanotta-

valla tavalla. TLT-työskentelyssä kehomuistoihin liittyvät sisällöt nousevat usein esiin hienovaraisesti, kietoutuen kehoitseyteen ja toimintaan nykyhetkessä. Kehonkuvan aspektit auttavat tunnistamaan ihmisen kokemuksellisuuden ja mielensisältöjen kehollista perustaa ja todellisuutta. TLT tukee kehitystä sallimalla yksilön spontaaniuden tulla esiin ja luomalla uusia tapoja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa.

TLT tarjoaa kehollisuuden ja liikkeen tutkimisen kautta monia mahdollisuuksia tunnetietoisuuden lisäämiseen ja tunteiden säätelyn kehittämiseen. Kehon tuntemusten ja liikereaktioiden havainnoiminen on suora väylä tiedostamattoman, toiminnallisen kehomuistin sisältöjen tutkimiseen (Fuchs 2012; Weiss ja Daye 2019). Kyky tunteesäätelyyn perustuu kehoon (Schore 2000 ja 2012; Ogden ym. 2006; Bentzen 2015; Trevarthen ja Fresquez 2015). TLT:ssa käytettävät menetelmät vaihtelevat asiakkaan yksilöllisten tarpeiden, kuntoutuksen tavoitteiden sekä terapeutin soveltamien työskentelytapojen mukaan. Keskeisiä TLT:n menetelmiä ovat kehotietoisuustyöskentely, liikeimprovisaatio, tanssin eri tyylisuuntien ja liikelaatujen hyödyntäminen, rentoutus-, kehonhahmotus- ja mielikuvaharjoitukset sekä liikekokemusten kuvaaminen sanallisesti tai kuvan avulla, jotta liikekokemuksen integraatio vahvistuu. TLT sisältää siis menetelmiä, joita käytetään myös muissa terapiamuodoissa sekä tanssin opeutuksessa. TLT:ssä näitä menetelmiä hyödynnetään vuorovaikutuksellisin tavoittein, ja liikekokemusten merkitykseen suhtaudutaan yksityiskohtaisemmin.

TLT:n ja luovan toiminnan vaikutuksia voidaan ymmärtää seuraavien näkökulmien kautta:

Kehonkuva ja kehollisuus. Kehonkuva on käsite, jolla tarkoitetaan monikerroksista kokonaisuutta, johon sisältyy sekä yksilön kokemus omasta kehostaan että sen suhteesta ympäristöön. Kehonkuvassa on kolme aspektia: olemusseikat, kehoitseys ja kehomuisti (Pylvänäinen 2003). Olemusseikkoihin sisältyvät omaan ulkonäköön ja kehoon liittyvät mielikuvat ja arvostelmat. Kehoitseys viittaa vuorovaikutuksessa olevaan kehoon: kehon sensorisiin, kinesteettisiin ja usein myös emotionaalisiin reaktioihin tilanteissa. Kehoitseys ilmenee kulloisessakin hetkessä kommunikaation ja toiminnan fyysisissä tuntemuksissa, liikkeissä, eleissä, vireystasossa, kehon jännittyneisyydessä ja vapautuneisuudessa. Yhteys kehoitseyteen on oleellinen perusta mielenterveydelle. Kehomuisti on proseduraalista (toimintamuisti) ja implisiittistä, kehollistettua muistamista, joka liittyy tottumuksiin, taitoihin, sosiaaliseen liittymiseen, kärsimiseen ja mielihyvään. Kehomuistoihin liittyy emootioita ja ne rakentavat yksilön tarinallista käsitystä omasta itsestä ja omasta elämästä.

Kehollisuus-käsite (engl. *embodiment*) tarkoittaa sen tunnistamista, että ihminen ei ”omista” kehoa, vaan ihminen ”on” keho, ja tämä kehollisuus vaikuttaa ihmisen kaikkien toimintaan, älykkyyteen ja kognitioon, emootioihin ja sosiaalisiin käytäntöihin (Claxton 2015). TLT tarjoaa menetelmiä, joilla kehollisuutta päästään kohtaamaan ja tutkimaan. Masennuksesta kuntouduttaessa tämä tarkoittaa esim. oman kehollisuuden

sen olotilan tunnistamista, omien tarpeiden tunnistamista kehollistettuina ja kehollistettujen toimintavaihtoehtojen löytämistä näihin, sen tunnistamista, miten omat sosiaaliset, kehollistetut ennakoinnit ja odotukset vaikuttavat omassa toiminnassa ja miten tämä heijastuu mielialaan. Näin ihminen voi alkaa rakentaa kokemusmaailmastaan sellaista kerrontaa, jossa on tunnistettu myös kehon osallisuus omassa kokemusmaailmassa.

Tietoisuustaidot ja toimintamuisti. TLT ohjaa havainnoimaan oman kehon sisäistä tilaa ja kehollisia tunteuksia sekä ympäristöä arvostelemattomalla ja hyväksyvällä tavalla. On tutkimustietoa siitä, että tietoisuustaitojen vahvistuminen tukee mielialan kohentumista (Segal ym. 2002; Keng ym. 2011).

Edellä todettiin, että kehonkuvaan tallentunut informaatio liittyy kehollistettuun, usein proseduraaliseen ja implisiittiseen (Koch ym. 2012), toimintamuistiin. Keholliset toimintatavat, eleet, liikelaadut ja kehon jännitteet ovat usein automatisoituneita ja ihminen on niihin tottunut, jolloin niiden vaikutuksen tunnistaminen tai niiden muuttaminen on vaikeaa. Tietoisuustaidot vahvistavat kykyä tunnistaa kehon tunteuksia, omaa liikettä, aistimuksia, ajatuksia ja tunteita, eli tietoisuustaitojen avulla on mahdollista päästä laajentamaan tietoisuutta myös automatisoituneemmista toimintatavoista omassa kehollisuudessa. TLT tarjoaa vuorovaikutusympäristön ja harjoitteita, joiden kautta yksilö voi tätä tutkimista ja oppimista tehdä.

Vuorovaikutuskokemukset ja kokemuksellinen oppiminen. Masennuksessa keskeistä ovat vuorovaikutukselliset ongelmat (Karila ja Kokko 2008). Vuorovaikutus on kehollistettua, joten on hyödyllistä soveltaa vuorovaikutuksellista liikettä ja huomioida kehollisia tunteuksia ja toimintaa silloin, kun halutaan tunnistaa, mitä vuorovaikutuksessa todella tapahtuu, tai kun halutaan luoda vuorovaikutukseen uusia vaihtoehtoja tai aiempaa parempaa säätelyä. Liikkeen ja kehollisuuden käyttö ovat aktiivisia toimimisen tapoja – toiminta muuttaa tilaa ja tuottaa omakohtaisen, konkreettisen kokemuksen. Kokemuksellinen oppiminen on tehokasta. Sen tuoma oppi muistetaan paremmin ja se on kokijalleen todempi kuin pelkkä tiedollinen ja sanallinen, abstrakti asian käsittely (Claxton 2015). Kun TLT:ssä asiakas tuottaa oman toimintansa kautta muutoksia senhetkiseen tilaansa ja oivaltaa siitä jotakin merkityksellistä suhteessa omaan toimintaansa, tapahtuu kokemuksellista oppimista.

Liike ja luovuus ratkaisujen reittinä. Liike on usein luovan toiminnan juurena, myös silloin, kun luova toiminta on kognitiivista (Claxton 2015). Liike myös mahdollistaa luovuutta, koska se antaa erilaisia vaihtoehtoisia reittejä käsitellä meneillään olevaa tilannetta. Tanssin perinteessä on omia menetelmiään luovien ratkaisujen etsimiseen ja tuottamiseen, ja TLT soveltaa niitä (Halprin 2003). Masennuksesta kärsivän asiakkaan kuntoutuksessa liikkeen tarjoamat lähestymistavat voivat auttaa pääsemään tavanomaisten kokemistapojen yli hieman uudentuntuiseen tilanteeseen,

mikä herättää mahdollisuuden luoville ratkaisuvaihtoehdoille ja uudenslaisille oivaluksille vuorovaikutustilanteessa.

Positiivinen mielenterveys. Positiiviseen mielenterveyteen sisällytetään elämähallinnan tunne, itseluottamus ja tyytyväisyys itseän. Näiden on funktionaalisessa mielenterveyden mallissa ymmärretty rakentuvan siitä, millaisessa suhteessa yksilö on ympäristöönsä sekä millaisia elämäntapahtumia hänellä on (Sohlman 2004). Luovassa toiminnassa ja TLT:ssä huomio on suuntautunut usein siihen, mitä tilanteessa on, miten sitä voi ilmaista ja mitä sen äärellä voi tehdä. Lähestymistapa suuntaa toiminnan mahdollistamiseen. Toimijuuden kokemus vahvistaa itseluottamusta ja tyytyväisyyttä itseän. Elämähallinnan tunteen voidaan ajatella olevan kehollistettu; TLT:n kehollisten menetelmien avulla sitä on mahdollista vahvistaa. Masennuksesta kärsivän asiakkaan kuntoutuksessa positiivisen mielenterveyden vahvistaminen on mielekäs tavoite ja TLT:n menetelmät tarjoavat siihen keinoja. Oleellista on myös se, että TLT-prosessissa asiakas itse aktiivisesti osallistuu kuntoutuksen ja ryhmän tavoitteiden määrittelymiseen.

Neurologiset ja fysiologiset vaikutukset. Affektiivisen ja kognitiivisen neurotieteen perustietoa on se, että aivot muovautuvat vuorovaikutuksessa ja muotoutuvuus on jatkuvaa, kyky siihen säilyy koko elämän ajan (Siegel 1999; Cozolino 2002; Tucker 2007). TLT:n neurologisista vaikutuksista ei ole tehty tutkimusta. Tanssin neurologisista vaikutuksista sen sijaan on tutkimustuloksia. Tanssiharjoittelun on havaittu lisäävän hippokampuksen tilavuutta, aivojen valkoisen aineen säilymistä ja toimivuutta sekä nostavan aivoperäisen hermokasvutekijän, BDNF:n (*brain-derived neurotrophic factor*; hermosolujen kehittymistä ja toimintaa edistävä proteiini) tasoja (Lee 2010; Teixeira-Machado ym. 2019). Tämä on sikäli merkittävää, että masennukseen on havaittu liittyvän BDNF-tason laskua. Aivojen neuraalinen aktiviteetti säätelee BDNF:n erittymistä eli se on sidoksissa siihen, mitä yksilö tekee ja miten yksilö toimii. Tanssiminen (Rehfeld ym. 2018) ja aerobinen liikkuminen (Laske ym. 2010; Lafenetre ym. 2011) ovat luonnollisia toimintoja, joissa aivoissa viriää tila, joka edistää BDNF:n erittymistä. Tanssiharjoittelun on havaittu parantavan myös fyysistä tasapainotaitoa sekä kognitiivista havaintokykyä, oppimiskykyä ja muistia (Marquez ym. 2017; Kirsch ym. 2018). Meta-analyysissä tanssin ja tanssi-liiketerapian on todettu lisäävän motorisia taitoja (Koch ym. 2019). Lisäksi fyysinen harjoittelu voi vaikuttaa suotuisasti masennuksen hoitoon parantamalla masentuneiden henkilöiden elämänlaatua (Ranjbar ym. 2015; Schuch ym. 2016).

TLT:ssa terapeutti pyrkii tukemaan sitä, että vuorovaikutuksessa olisi turvallisuutta, virittäytyneisyyttä toiseen (*attunement*), läsnäoloa sekä kinesteettisen ja sanallisen informaation yhdistymistä. Nämä ovat käyttäytymisen sisältöjä, jotka kuuluvat sosiaalisen liittymisen ja tutkimisen järjestelmään, mikä on erityisesti parasympaattisen hermoston ventraalisen vaguskompleksin eli vatsan puoleisen kiertäjähermon säätelemää (Leikola ym. 2016). Näin ollen voidaan ajatella, että nämä vuorovaikutuk-

sen piirteet ovat yhteydessä siihen, mitä tapahtuu kehon homeostaasia eli elimistön sisäistä tasapainoa sekä vireystilaa säätelevän autonomisen hermoston tilassa sekä informaation käsittelyssä aivoissa. Oletus on, että tällainen vuorovaikutuksellinen toiminta tukee aivojen informaation käsittelyn integroitumista, ja integraatiolla on suotuisia vaikutuksia toimintaan ja koettuun mielialaan (Siegel 2007). Papadopoulous ja Röhrich (2014) toteavat, että on perusteltua hahmottaa keho- ja liikesuuntautuneen psykoterapian interventioiden vaikuttavan emotionin ja liikkeen prosessoinnin välillä oleviin neuropsykologisiin yhteyksiin.

Pylvänäinen (2018a ja b) tutki ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian käyttöä masennuksen hoidossa väitöskirjatyössään, ja tutkimuksessa oli mukana kaikkiaan kymmenen TLT-ryhmää, joissa mukana oli masennuksesta kärsiviä potilaita. Tulokset osoittivat (Pylvänäinen 2018a ja b), että masennuksen hoidossa TLT-ryhmän toteutuksessa olennaista on stressitason säätely liiketyöskentelyllä, ryhmän turvallisuuden rakentaminen, vuorovaikutuksen mahdollistaminen sekä dialogi, mikä avautuu sekä ryhmäläisten kesken että yksilön itsensä sisäisenä kokemuksena. Tärkeää on, että keskusteluissa sanoitetaan kehollista kokemusta ja että keholliset kokemukset tulevat kuulluiksi, merkityksellisinä pidetyiksi ja hyväksytyiksi.

Tanssi-liiketerapia on yksi luovista terapiamuodoista. Luovien terapioiden (musiikki-, kuvataide-, tanssi-liike-, draamaterapia) vaikuttavina, terapeuttisina tekijöinä pidetään seuraavia seikkoja (Koch 2017), jotka ovat merkityksellisiä myös TLT-interventioiden toimintaympäristöissä ja kokemuksissa, joita asiakas saa:

1. miellyttävä tila: taidemuodon parissa toimiminen on miellyttävää ja nautittavaa, houkuttaa toimintaan mielihyvän kautta
2. estetiikka: taideilmaisu ja kokemus taidemuodosta sisältää kokemuksen kauneudesta (laajasti ymmärrettynä) ja aidosta ilmaisusta; taideilmaisu koskettaa tunnetasolla
3. symbolisuus: taideilmaisu antaa mahdollisuuden ei-sanalliseen itsen ilmaisuun ja merkitysten luomiseen
4. esittämisen muutosta tuova tila: taidemuoto mahdollistaa esittämisen, roolien ja vaihtoehtojen kokeilemisen tutkivalla tavalla suuntautuen menneisyyteen, nykyyteen sekä tulevaisuuteen
5. toiminta: oma toimijuus taidemuodon kautta, valitsemisen vapaus, flow-kokemukset, aikaansaaminen, toiminnan kautta kokemusten eheiksi tekeminen tai loppuun saattaminen.

1.3 Tanssi-liiketerapian vaikutukset masennukseen

Nykyisin masennuksen Käypä hoito -suositus mainitsee liikunnan tärkeänä masennusta ehkäisevänä ja masennuksesta toipumista edistävänä toimintana. Käytännössä haasteena on se, että masennus vaikeuttaa liikuntaan motivoitumista ja masennukseen sisältyy usein sellaisia kielteisiä kehonkuvan sisältöjä, että asiakkaan on vaikea

tavoittaa mielekästä ja myönteistä kokemusta liikkumisesta. TLT ja kehonkuva tarjoavat uutta näkökulmaa masennuksen ymmärtämiseen ja muutoksen tuottamiseen kehoillisuuteen ja vuorovaikutukseen perustuvien menetelmien. Tammikuussa 2020 Käypä hoito -suositusta on päivitetty seuraavalla kannanotolla: ”muun hoidon tukena voidaan tarpeen mukaan hyödyntää myös pari- ja perheterapiaa, luovia terapia-muotoja, nettiterapiaa tai itseapuoppaita.” (Käypä hoito -suositus 2020). Tätä kautta Käypä hoito -suositus on jo opastamassa luovien terapioiden, siis myös tanssi-liiketerapian, hyödyntämiseen.

TLT:n masennuksesta toipumista edistäviä vaikutuksia ei ole tutkittu kovin laajasti, siitä huolimatta, että muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa TLT:tä käytetään jo varsin yleisesti masennuksenkin hoidossa (Mala ym. 2012). Uusimmassa aiheesta tehdyssä meta-analyysissä (Koch ym. 2019) analysoitiin 41 vuosina 2012–2018 toteutettua alkuperäistutkimusta ($N = 2\,374$), joiden tulokset viittasivat siihen, että TLT ja tanssi ovat tehokkaita parantamaan elämänlaatua ja vähentämään kliinisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Myönteisiä vaikutuksia ilmeni myös subjektiivisessa hyvinvoinnissa, mielialassa ja kehonkuvassa. Tulokset ovat linjassa aiemman meta-analyysin (Koch ym. 2014) kanssa, jossa tarkasteltiin tutkimuksia vuosilta 1995–2012. Viimeisimmässä meta-analyysissä (Koch ym. 2019) 18 tutkimusta kohdistui TLT:n ja tanssin vaikutuksista mielialaan ja masennukseen. Tilastollinen meta-analyysi osoitti, että tässä aineistossa TLT- ja tanssi-interventiot vaikuttivat masennusta vähentävästi ($d = 0,54$, $p < 0,001$). TLT- ja tanssi-interventiot vähensivät myös ahdistuneisuutta ($d = 0,47$, $p = 0,015$).

Taulukko 1 (s. 17) esittelee yhteenvedon tähän asti julkaistuista tutkimuksista TLT:n käytöstä masennuksen hoidossa (Stewart ym. 1994; Jeong ym. 2005; Koch ym. 2007; Röhrich ym. 2013; Punkanen ym. 2014; Pylvänäinen ym. 2015; Pylvänäinen ja Lappalainen 2018). Tähänastisessa tutkimuksessa pienillä aineistoilla toistuvasti saatiin se tulos, että TLT on hyödyllinen interventio masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Muutokset näkyvät sekä oiremittareissa että kehonkuvassa. On kuitenkin nähtävissä, että nämä tutkimukset TLT:stä masennuksen hoidossa ovat olleet tutkimusasetelmallisesti erilaisia, osassa ei ole kontrolliryhmää, interventioiden kestossa on suurta vaihtelua ja vaikuttavuutta on arvioitu välittömästi intervention jälkeen ilman seuranta-aikaa. Tämä heijastelee sitä todellisuutta, että TLT:aa tarjotaan asiakkaille hyvin erilaisissa konteksteissa, ja myös tutkimusta on tehty hyvin erilaisin resurssein. On tarpeen jatkaa TLT:n vaikuttavuuden tutkimusta tutkimuksellisesti vahvemmalla asetelmalla, toisin sanoen isommalla, satunnaistetulla ja kontrolloidulla aineistolla, jossa on mukana seurantatietoa. Näin saadaan laajempaan aineistoon perustuvaa tietoa, jolloin tietoa voidaan pitää luotettavampana. Tämä tieto hyödyttää sekä masennusasiakkaiden kuntoutusta että masennuksen hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittymistä.

Taulukko 1. Yhteenvedo julkaistuista tutkimuksista TLT:n käytöstä masennuksen hoidossa.

Kirjoittajat	N	Kohderyhmä/ ikävaihtelu	Tutkimuksen konteksti	Intervention kesto ja tiheys	Kontrolliryhmän toiminto	Tulos
Stewart ym. 1994	12	Aikuisia	Psykiatrinen sairaala- hoito	2 viikkoa, joka toinen pv, yht. 7 sessiota	Ei kontrolliryhmää	Masennusoireet (DACL) vähenivät interventiopäivänä verrattuna ei-interventiopäivään 5 potilaalla 12:sta.
Jeong ym. 2005	40	Nuoria, keski-ikä 16 vuotta	Opiskelijoita	12 viikkoa 3 sessiota/vk, yht. 36 sessiota (N = 20)	Ei interventiota (N = 20)	Negatiiviset psyykkiset oireet vähenivät (BDI, SCL-90), plasman serotoniini-pitoisuus nousi, dopamiini-pitoisuus laski interventoryhmässä, mutta ei kontrolliryhmässä.
Koch ym. 2007	31	21–66 vuotta	Kliininen	1 sessio, rytmikästä piiritanssia, 20 min (N = 11)	Kotona ergometri-harjoittelua tai musiikkia (N = 20)	Masennusoireet (HSI) vähenivät tanssi-interventioon osallistuneilla enemmän kuin musiikki-ryhmään tai kuntoharjoitteluun osallistuneilla. Vitaliteetti lisääntyi välittömästi tanssi-interventio jälkeen enemmän kuin musiikki-interventio jälkeen.
Röhrich ym. 2013 ^a	31	35–59 vuotta	Kliininen, mielenterveys- palvelujen käyttäjiä	10 viikkoa, 2 sessiota/vk, yht. 20 sessiota (N = 21)	Tavanomaista hoitoa psykiatrisissa palveluissa	Masennusoireet (HAMD) vähenivät osallistuneilla intervention jälkeen enemmän kuin odotusryhmässä.
Punkanen ym. 2014	21	18–60 vuotta	Kliininen; mielenterveys- palvelujen käyttäjiä	10 viikkoa 2 sessiota/vk, yht. 20 sessiota	Ei kontrolliryhmää	Masennusoireet (BDI) vähenivät merkitsevästi alkumittauksesta.
Pylvänäinen ym. 2015	33	20–59 vuotta	Kliininen; avohoidon potilaita (mielenterveys- toimisto)	12 viikkoa, 1 sessio/vk, yht. 12 sessiota (N = 21)	Tavanomaista hoitoa mielenterveys- toimistossa (N = 12)	Masennusoireet (BDI, SCL-90, CORE-OM) vähenivät alkumittauksesta jälkimittaukseen ja 3 kk seurannassa taso säilyi. Kontrolliryhmässä ei ilmennyt merkitsevää muutosta masennusoireissa. TLT-ryhmässä ryhmän sisäinen efekti- koko seurantamittauksessa oli tutkimuksessa käytetyillä itsearviointimittareilla keskitasoa tai vahva, kontrolliryhmässä efekti- koon taso oli heikko.

^a Tuloksia samasta aineistosta on julkaistu myös artikkelissa Papadopoulos ja Röhrich 2014.

1.4 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoite oli selvittää TLT:n vaikuttavuutta masennuksen hoidossa, kun TLT lisätään tavanomaiseen masennuksen hoitoon työikäisillä masennuskuntoutujilla. TLT-interventioon osallistuneita tutkittavia verrattiin kontrolliryhmään osallistuneisiin tutkittaviin, jotka saivat tavanomaisen hoidon. Ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapiajakson vaikuttavuutta tarkasteltiin masennuksen hoidossa selvittämällä tutkittavien (N = 157) mielialaa a) ennen terapiajakson alkua, b) välittömästi viimeisen terapiakerran jälkeen ja c) 3 kuukautta myöhemmin, terapiajakson päätyttyä. Tutkimuksen tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Vähentääkö TLT-interventio masennusoireilua merkitsevästi ja onko vaikuttavuus vähintään samaa tasoa kuin nykyisin käytettävissä olevissa hoidoissa? Minkälaisia muutoksia on havaittavissa masennusoireissa, psyykkisissä oireissa ja työkyvyssä alku-, jälki- ja seurantamittausten välillä interventio- ja kontrolliryhmissä?
2. Millainen on TLT-interventio vaikutus kehonkuvaan ja kehollisuuteen? Miten masennusoireiden (BDI) muutokset ovat yhteydessä kehonkuvan muutoksiin? Välittääkö kehonkuva muutos muutosta masennusoireissa?
3. Millaisia odotuksia ja kokemuksia tutkittavilla on TLT-interventiosta?

Tutkimushankkeen tulokset ovat kansallisesti ja kansainvälisesti kiinnostavat, koska TLT:n käyttöä masennuksen hoidossa ei ole aiemmin tutkittu näin laajalla aineistolla. Tutkimuksen tavoitteena oli, että sen tulokset ovat sovellettavissa suomalaisessa terveydenhuollossa ja masennuksen hoitosuosituksissa. Tutkimuksen tulokset ovat merkityksellisiä masennuksen psykologisen ja psykiatrisen ymmärtämisen kehittämisessä.

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Tutkittava ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapiainterventio

Aikaisemmat ryhmämuotoiset TLT-interventiotutkimukset (Röhrich ym. 2013; Papadopoulous ja Röhrich 2014; Punkanen ym. 2014; Pylvänäinen ym. 2015; Pylvänäinen ja Lappalainen 2018) ovat osoittaneet, että ryhmissä, jotka ovat kokoontuneet 12–20 kertaa 1–2 kertaa viikossa, on saavutettu suotuisia tuloksia masennuksen hoidossa. Interventioiden tavoitteena on ollut tarjota liikeharjoitteita, joilla pyritään lisäämään kehotietoisuutta, mahdollistamaan energia- ja aktiivisuustason vaihtelua ja säätelyä, sekä luoda turvallisia vuorovaikutustilanteita. Lähestymistapa on ollut ratkaisu- ja voimavarakeskeinen. Potilaan kokemuksellista kertomusta omasta tarinasta on pyritty kehittämään ja vahvistamaan. Lisäksi Pylvänäisen (2010) tutkimuksen perusteella tiedetään masennuksesta kärsivien potilaiden odottavan TLT-ryhmältä mielen ja kehon yhdistämistä työskentelyssä, ryhmään kuulumisen kokemusta ja mahdollisuutta oppia kehon havainnointitaitoja, rentoutumiskeinoja, leikkisyyttä sekä selviytymiskeinoja kehollisten tuntemusten kanssa. Samansuuntaisesti myös toisessa Pylvänäisen väitöskirjatutkimuksen osa-aineistossa tanssi-liiketerapiaryhmäläiset kuvasivat ryhmää koskevia odotuksiaan: mahdollisuutta helpottaa masennusoireilua liikkumisen keinoin, innostumista liikkumisesta, samankaltaisia ongelmia kokevien tapaamista sekä oppimista jotakin uutta itsestä, kuten kehotietoisuuden vahvistamista ja liikkumiseen ja ryhmätilanteisiin liittyvien pelkojen hallintakeinojen oppimista (Pylvänäinen ja Lappalainen 2018).

Tämän tutkimushankkeen ryhmämuotoisen TLT-intervention rakenteen suunnittelussa hyödynnettiin aiempaa tutkimustietoa. Interventiojakso koostui 20 x 75 minuutin ryhmäkerrista kaksi kertaa viikossa. Ryhmäkerrat pyrkivät tarjoamaan ryhmäläiselle mahdollisuuden käsitellä masennuksesta kuntoutumisen kannalta oleellisia teemoja liikkeellisesti ja vuorovaikutuksellisesti, jotta ryhmäläisen kehonkuva vahvistuu myönteisemmäksi ja masennusoireilu helpottuu. Intervention suunnittelivat tanssi-liiketerapeutit Maarit Ylönen, Auli Kurvinen ja Päivi Pylvänäinen, jotka olivat olleet suunnittelemassa ja toteuttamassa aiempien suomalaisten TLT-tutkimusten interventioita masentuneiden potilaiden kanssa.

Kaksi kertaa viikossa toteutettavan ryhmäkerran ajateltiin tukevan sitoutumista. Tutkimushenkilöt sitoutuivat osallistumaan ryhmän kokoontumisiin säännöllisesti. Jos tutkimushenkilö oli poissa viidestä perättäisestä ryhmätapaamisesta, hän joutui keskeyttämään tutkimukseen osallistumisensa. Tämä on myös kliinisessä työssä ryhmähoidoissa normaali käytäntö. Jos poissaoloja kertyy useampia, lyhytterapian prosessista jää merkittävä osa toteutumatta ja se häiritsisi sekä omaa ryhmästä hyötymistä että toisia ryhmäläisiä. Tanssi-liiketerapiaryhmän ohjauksen periaatteet olivat turvallisuuden tukeminen, tilaan orientoitumisen ja kehotietoisuuden tukeminen sekä vuorovaikutuksen, yhteisöllisyyden ja luovuuden mahdollistaminen liikkeel-

lisen toimimisen kautta. Tanssi-liiketerapiaryhmäjaksolle oli hahmotettu seuraavat kertakohtaiset teemat:

1. Aloitus – tässä olemme, ryhmän säännöt
2. Minne menen – tavoitteet
3. Liikun siis olen – liikkeelliset vaihtoehdot ja liikerajat
4. Maa johon asettua, maa jolta ponnistaa – maadoittuminen, keholliset resurssit, asettuminen, turvapaikka omassa kehossa
5. Miten olen kehollisesti läsnä? – hengitys, kehitykselliset liikemallit
6. Ystävällinen tila – kokemuksellinen suhde tilaan, ”turvapaikka”, mielihyvän mahdollisuus
7. Turvallinen tila itselle ja toisille – rajat, oma säätely
8. Leikillisuus – omat ehdot, flow-kokemuksen mahdollistaminen, tanssin mahdollistamat sosiaaliset kohtaamiset
9. Kehon tunteet – voima, elementit maa/vesi/ilma/tuli, joiden kautta metaforisesti ilmaistaan erilaisia tunteita
10. Kehon tunteet – hengitys, liikkeellinen takaisin heijastaminen, tunteet vuorovaiikutuksessa, kokemusten jakaminen liikkeen avulla, tunnesäätelyn vaihtoehdot
11. Kehon tarina – uusia näkökulmia itsen ja kehollisuuteen
12. Kehon tarina – näkökulmien jalostaminen: jatketaan edellisen kerran teemasta, kehonkuvan käsittely
13. Ongelmien tarinoita kehollisesti – 5 vaihtoehtoa ongelmien kanssa toimimiseen; toimijuuden vahvistaminen
14. Oma maisema luontomateriaalin ja liikkeellisen työskentelyn kautta – kivien avulla, mitä valitsee, millaiseksi suhde kuvautuu, mitä kokemuksestaan jakaa toisille
15. Mitä tarvitsen, osa 1 – liikelaadut, niiden vastakkaisuus, kaikkana komppaaminen, peilaaminen, liikkeellinen keskustelu intuitiivisesti vastaten; kehotietoisuus, omat arvot liikelaatujen vaihtoehtoihin liittyen, kokemuksen sanoittaminen ja jakaminen
16. Mitä tarvitsen, osa 2 – liikelaadut ja vuorovaikutus; mikä on itselle tyypillistä, miten on tottunut ja oppinut näihin, mitä tunteita näihin liittyy – näistä liikkeellistä työskentelyä
17. Miten tulen nähdäkseni – luottamus, peilaaminen, kosketus, läheisyys
18. Menneisyys – nykyhetki – tulevaisuus (aikahaarukkana ryhmäjaksoson kausi) – liikkeellisesti tutkia, mitä menneisyydestä voi ottaa mukaan ja mitä tarvitsee tehdä nykyisyydessä, jotta pääsee toivomaansa tulevaisuuteen
19. Oleminen ja tekeminen – henkilökohtainen lopettamisen prosessi, itselle elämässä tärkeät asiat, validaatio keholle
20. Lopetus – palaute ryhmästä, ryhmän prosessin kokoaminen keskustellen ja liikkeellisesti, mistä kiitän tätä ryhmää.

Käytettyjä tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä olivat tanssi- ja liikeimprovisaatiot, kehotietoisuusharjoitukset sekä reflektointi kuvallisen ja kirjallisen itseilmaisun sekä keskustelun kautta. Ryhmätapaamiset rakentuivat alkuorientoitumisesta, teemallisesta työskentelystä sekä yhteenvedosta. Interventiojakson aikana kehon, tanssin ja liikkeen kautta työstettyjä teemoja olivat muun muassa kehon rajojen hahmottaminen, somaattiset resurssit, symbolit, miellyttävät ja epämiellyttävät tuntemukset, mindfulness ja kehotietoisuus, rikastuttavat liikekokemukset, turvallisuus ja kosketus. Temaattisessa työskentelyssä käsiteltiin myös osallistujien itse esille nostamia aiheita. Terapiatapaamiset päätettiin ryhmän yhteiseen keskusteluun ja liikkeeseen. Liikekokemusten käsittelyn tukena käytettiin toisinaan myös piirtämistä tai maalaimista ennen yhteistä keskustelua. Lisäksi harjoituksissa usein käytettiin musiikkia ja joissakin myös erilaisia apuvälineitä, kuten palloja ja kankaita.

Tutkimuksessa terapeutteina toimivat kolmetoista tanssi-liiketerapeuttia, jotka ovat Suomen Tanssiterapiayhdistyksen ammattijäseniä. Heidän pohjakoulutuksensa vaihteli (mm. terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja kasvatustieteilijöitä). Terapeutit koulutettiin TLT-ryhmäjakson toteutukseen 4 x 3 päivän jaksoissa helmi–huhtikuussa 2017. Terapeutit saivat tietoa tutkimuksen tavoitteista, masennuksesta ja kehonkuvasta, ryhmäjakson rakenteesta sekä hankkeesta tiedottamisesta yhteistyötahoille. Lisäksi terapeuttien työnohjaus järjestettiin Suomen Tanssiterapiayhdistyksen kautta. Terapiaryhmien toteutusvaiheessa työnohjauksella pyrittiin tukemaan sitä, että kunkin terapiaryhmän prosessi tuli ohjatuksi interventiojakson toimintaperiaatteet huomioiden. Tämä oli tärkeää, jotta eri ryhmissä TLT-interventio toteutuisi niin tasalaatuisesti kuin se realistisesti on mahdollista vuorovaikutukseen perustuvassa terapiassa. Terapeuttien työskentelyä tuettiin ryhmämuotoisella työnohjauksella, jota annettiin 8 tuntia yhtä terapiajaksoa kohden.

Hankkeen alettua tanssi-liiketerapeutit pyrkivät tiedottamaan ja linkittymään yhteistyökontakteihin paikallisesti niin, että tutkittavia ohjautui ryhmiin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuoltojen, opiskelijaterveyshuollon, perheneuvolan sekä mielenterveyskuntoutujia palvelevien kolmannen sektorin toimijoiden kautta. Toiminta toteutettiin seuraavilla paikkakunnilla: Helsinki, Espoo, Järvenpää, Kouvola, Lappeenranta, Tampere, Sastamala, Seinäjoki, Vaasa, Jyväskylä ja Joensuu. Terapiajakson päätyttyä tanssi-liiketerapeutti laati jokaisesta ryhmäläisestä terapiayhteenvedon, jonka hän lähetti tutkittavalle ja hoitotaholle, jonka osoitteen tutkittava oli ilmoittanut terapeutille. Palautteen tavoitteena oli tiedottaa hoitotaholle, mitä TLT-interventioon sisältyi ja terapeutin mahdolliset asiakkaan jatkohoitoon liittyvät suositukset.

2.2 Käytetyt tiedonkeruuvälineet ja mittarit

Tutkimuksessa tarkasteltaviksi taustamuuttujiksi valittiin osallistujan sukupuoli (1 = nainen / 2 = mies), ikä vuosina (jatkuva muuttuja), masennuslääkkeiden käyttö (1 = ei / 2 = kyllä) sekä aiemmat masennusjaksot (1 = ei / 2 = kyllä). TLT-interven-

tion alussa selvitimme tutkittavan saaman vuorovaikutukseen perustuvan hoidon (kuntoutuspsykoterapia, keskusteluhoitokäynnit, osallistuminen kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin). Näin saimme tietoa tutkittavan tavanomaisen hoidon toteutuksesta.

Intervention vaikutusta arvioimme seuraavilla itsearviointilomakkeilla: BDI-I (*Beck Depression Inventory*, ensisijainen mittari), CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*), oma arvio omasta työ- tai opiskelukyvystä (muokattu työkykyindeksin (TKI) osa-alueesta) ja kehonkuvakysely (*Body Image Assessment*, BIA). Mittaukset toteutettiin sähköisinä kyselyinä 1–2 viikkoa ennen interventiojakson alkua, välittömästi ryhmäjakson jälkeen (10 viikon jakso) ja seuranta 3 kuukautta myöhemmin. Jos tutkittavalla ei ollut mahdollisuutta vastata sähköiseen kyselyyn, hänelle postitettiin mittausajankohdissa paperiset kyselylomakkeet (kuusi tutkimushenkilöä, 4 % aineistosta).

Beckin depressiokysely (BDI-I, Beck ym. 1961; Beck ym. 1988; Beck ym. 1996) on kliinisessä arvioinnissa käytetty mittari, joka koostuu 21:stä masennusoireita kartoittavasta osiosta. Mielialan kuvaajana BDI on laajasti käytetty menetelmä masennuksen arvioinnissa. Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa (2016) BDI mainitaan yhtenä seulontamenetelmänä ja se oli tässä tutkimuksessa ensisijainen mittari. Mittarin katkaisupisterajat ovat 0–9 pistettä = ei masennusta, 10–18 p. = lievä masennus, 19–29 p. = kohtalainen masennus ja 30–63 p. = vakava masennus (Beck ym. 1988). Aineistossamme Cronbachin alfat BDI-I:lle olivat alkumittauksessa 0,86, jälkimittauksessa 0,91 ja seurantamittauksessa 0,91.

Yleisen psyykkisen voinnin kuvaaja CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*) mittaa vointia jaoteltuna neljään osa-alueeseen: oireilu ja ongelmat, subjektiivinen hyvinvointi, toimintakyky ja riskikäyttäytyminen (Evans ym. 2002; Barkham ym. 2005; Connell ym. 2007). Mittari koostuu 34 väittämästä, joissa tutkittava arvioi koettuja tunnetiloja ja vuorovaikutustaan viisiportaisella asteikolla. Jokainen osio pisteytetään välillä 0–4. Osioden pistemäärät lasketaan yhteen ja jaetaan vastattujen osioiden lukumäärällä, ja tämä luku kerrotaan lopuksi kymmenellä. Näin ollen kokonaispistemäärä vaihtelee 0:n ja 40 pisteen välillä. Mitä korkeammat ovat pisteet, sitä huonompi on tutkittavan psyykkinen vointi. Normaalin ja kliinisen populaation välinen kliininen katkaisupisteraja on 10 pistettä (Evans ym. 2002; Connell ym. 2007; Juntunen ym. 2015; Lehmus ja Törmänen 2015). CORE-OM on herkkä oireissa tapahtuville muutoksille ja täten soveltuu terapian kliinisen vaikutavuuden tarkasteluun (Evans ym. 2002). Mittarilla saadut tulokset korreloivat BDI:n tulosten kanssa. CORE-OM-mittarin kokonaispistemäärän ja BDI-I-depressiokyselyn välinen korrelaatio on 0,85 (Evans ym. 2002). Cronbachin alfat CORE-OM-mittarille tässä tutkimusaineistossa olivat alkumittauksessa 0,77, jälkimittauksessa 0,83 ja seurantamittauksessa 0,79.

Työ- ja opiskelukykyä kartoitimme yhdellä kysymyksellä: ”Oletetaan, että työ- tai opiskelukyky on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työ- tai opiskelukyvyillesi? (0 tarkoittaa sitä, ettei nykyisin pysty lainkaan työhön tai opiskeluun)”. Kysymys on muokattu Työkykyindeksin (TKI; Rautio ja Michelsen 2014) osiosta, jossa pyydetään tutkittavaa vertaamaan omaa työkykyään elinaikaiseen parhaimpaan. Tähän tutkimukseen osallistui myös opiskelijoita, joten muokkasimme kysymystä myös tälle kohderyhmälle sopivaksi.

Kehonkuvakyselyllä (Pylvänäinen ja Lappalainen 2018) selvitetään henkilön psyykkistä kokemusta kehostaan. Kehonkuvakysely (*Body Image Assessment*, BIA) on kehitetty erityisesti tanssi-liiketerapian käyttöön. Kehonkuvakysely perustuu kehonkuvan kolmiosaiseen malliin (Pylvänäinen 2003 ja 2018a), missä kehonkuva hahmotetaan rakentuvaksi kehoitseydestä, olemusseikoista ja kehomuistista. Seitsemän avoimen kysymyksen avulla kartoitetaan yksilön havaintoja, ajatuksia ja kehomuistoja, jotka liittyvät kehon olemukseen ja keholliseen kokemiseen eri tilanteissa. Kehonkuvakysely tuottaa tekstiaineistoa. Osa kysymyksistä on pisteytettävissä vastauksen sisällön negatiivisuuden, neutraaliuden tai positiivisuuden mukaan. Nämä pisteytettävät kysymykset koskevat oman kehon olemusta, kokemuksia fyysisestä toimimisesta, kokemuksia vuorovaikutustilanteista toisten kanssa ja yksin olemisesta. Kukaan kysymykseen voi pisteitä saada 0–2, jolloin pisteiden summapistevaihtelu on 0–8. Kehonkuvakysely tehtiin alkuhaastattelun yhteydessä (terapeutti haastatteli) ennen TLT-interventiojakson alkua sekä kirjallisena jälki- ja seurantamittauksessa. Kehonkuvakysely toteutettiin kontrolliryhmälle sähköisenä kyselynä myös alkumittauksessa tutkimusjakson alussa.

Vuorovaikutukseen ja liikkeeseen perustuva terapiamuoto on kokemuksellinen. Jotta voitaisiin riittävästi ymmärtää tällaisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, koottiin myös tietoa tutkittavien kokemuksesta ryhmään osallistumisesta. Tutkittavien kokemuksista koottiin tietoa TLT-interventiojakson lopussa kirjallisella palautekyselyllä, joka oli rakenteeltaan samanlainen kuin se, jota Pylvänäinen (2018a) käytti kootessaan väitöskirja-aineistoaan. Palautteessa tutkimushenkilöt kuvailivat odotuksiaan ryhmästä, odotusten toteutumista, itselleen merkityksellisiä teemoja ja kehollisia muistoja ryhmästä sekä itsessään havaitsemiaan muutoksia ryhmään osallistumisensa aikana.

2.3 Hankkeen eettisyyden arviointi ja tutkittavien rekrytointi

Ennen hankkeen toteutuksen alkamista Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimus-eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon (Dnro 8U/2016). Tutkimushankkeessa ennakoitiin aiemman tutkimuksen perusteella, että TLT-interventio itsessään ei aiheuta tutkittaville haitallisten vaikutusten riskiä. Kontrolloitu tutkimusasetelma aiheutti sen, että tutkittavat joutuivat odottamaan TLT-interventio käynnistymistä. Hoidon käynnistymisen pitkittyminen sinänsä voi olla haitallista tutkittavan voinnille, mutta tätä haittaa pidettiin kohtuullisena, koska hoidon

käynnistyminen pitkittyy myös niillä mielenterveyskuntoutujilla, jotka eivät osallistu tutkimukseen. Tarjoamalla TLT-interventio myös kontrolliryhmäläisille viivästetysti pyrittiin vahvistamaan sitä, että kaikki tutkittavat voisivat saada tutkimushankkeen kautta jonkin vastauksen kuntoutuksen tarpeeseensa. Tutkimushanke ei myöskään edellyttänyt, että tutkittavat olisivat tehneet mitään muutoksia tavanomaisen hoidon puitteissa saamaansa lääkitykseen tai keskusteluhoitokäyntien määrään.

Tutkimukseen valikoitumisen inkluusiokriteerinä oli se, että mukaan otetaan 18–64-vuotiaita asiakkaita, jotka voisivat hakeutua masennuksesta toipuakseen kuntoutuspsykoterapiaan. Tämä tarkoittaa, että asiakkaan masennuksessa on lääkärin arvion perusteella tunnistettu (1) masennusdiagnoosi, (2) sairauden aiheuttama uhka työ- ja/tai opiskelukyvyille, (3) realistinen ja hoitotahon kirjaama tavoite, että terapia-interventiolla työ- ja/tai opiskelukykyä voidaan turvata tai palauttaa ja (4) potilaalla on ollut jo 3 kuukautta kestänyt masennuksensa alkuvaiheen selvittely- ja hoitajakso ennen interventio- tai kontrolliryhmäjakson alkua. Kuten kuntoutuspsykoterapiaankin hakeuduttaessa, mahdollisen alkoholin käytön määrän oli oltava sellainen, ettei se aiheuta riskejä. Seulontahaastattelussa haastateltavat vastasivat Audit-kyselyyn, ja tutkimukseen osallistumiseen edellytti, että pistemäärä oli enintään kahdeksan pistettä tai vähemmän. Lisäksi edellytettiin, että tutkittava pystyy toteuttamaan tutkimukseen osallistumiseen liittyvät kyselyt ja keskustelut sekä viestimään suomen kielellä. Edellytyksenä oli myös, että tutkittava pystyi menemään seisoma-asennosta lattialle istumaan ja nousemaan siitä ylös omatoimisesti. Tutkittavan oli oltava halukas työskentelemään ryhmässä liikkuen ja keskustellen. Tutkimukseen osallistumisen eksklusiokriteerit olivat akuutti itsetuhoisuus (itsemurhasuunnitelma, äskettäinen itsemurhayritys), psykoottisuus, päihdeongelma (Audit > 9 pistettä) sekä kipuongelma, joka rajoittaa päivittäistoimintaa. Tutkimukseen ei myöskään voitu ottaa mukaan odottavia äitejä, koska raskaana olo tuottaa jo itsessään muutoksen kehonkuvaan.

Tanssi-liiketerapeutit, jotka toimivat tässä tutkimushankkeessa, ottivat omilla toiminta-alueillaan yhteyttä paikallisiin mielenterveyskuntoutujia hoitaviin ja palveleviin organisaatioihin. He käyttivät tutkimushankkeessa tuotettuja tiedotteita, joissa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja toteutuksesta. Mahdollisuuksien mukaan terapeutit pyrkivät pitämään lyhyen tiedotustilaisuuden tanssi-liiketerapiasta ja tutkimushankkeesta organisaatioiden henkilökunnalle. Lisäksi tutkimushankkeesta ilmoitettiin hankkeen kotisivuilla, sosiaalisessa mediassa ja lehti-ilmoituksin Helsingissä, Espoossa, Seinäjoella ja Joensuussa.

Tutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneet henkilöt ottivat yhteyttä ensin projekti-tutkijoihin, jotka tekivät puhelimitse seulontahaastattelut, joissa selvitettiin henkilön soveltuvuus tutkimukseen. Puhelinhaastatteluja tehtiin kaikkiaan 235 maaliskuussa 2017. Kaikkiaan 157 tutkittavaa osallistui tutkimukseen. Tutkittavien pääasiallinen hoitotaho oli erikoissairaanhoidon avomielenterveyspalvelut. Kolmanneksella tutkittavista hoitotaho oli perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen tai

työterveyspalvelujen kautta. Noin kahdeksasosa tutkittavista oli opiskelijaterveydenhuollon hoidossa. Seulontahaastatteluihin osallistui myös useampi jo työkyvyttömyyseläkkeellä oleva henkilö. Kelan yhteyshenkilön kanssa sovittiin, että tällainen osaryhmä (5 henkilöä) voidaan ottaa mukaan tutkimukseen, koska myös eläkkeellä ollessa kuntoutus voi olla tarpeen elämänlaadun ja toimintakyvyn kohentamiseksi. Kaikki tutkittavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa heille annettiin tiedote tutkimukseen osallistumisesta.

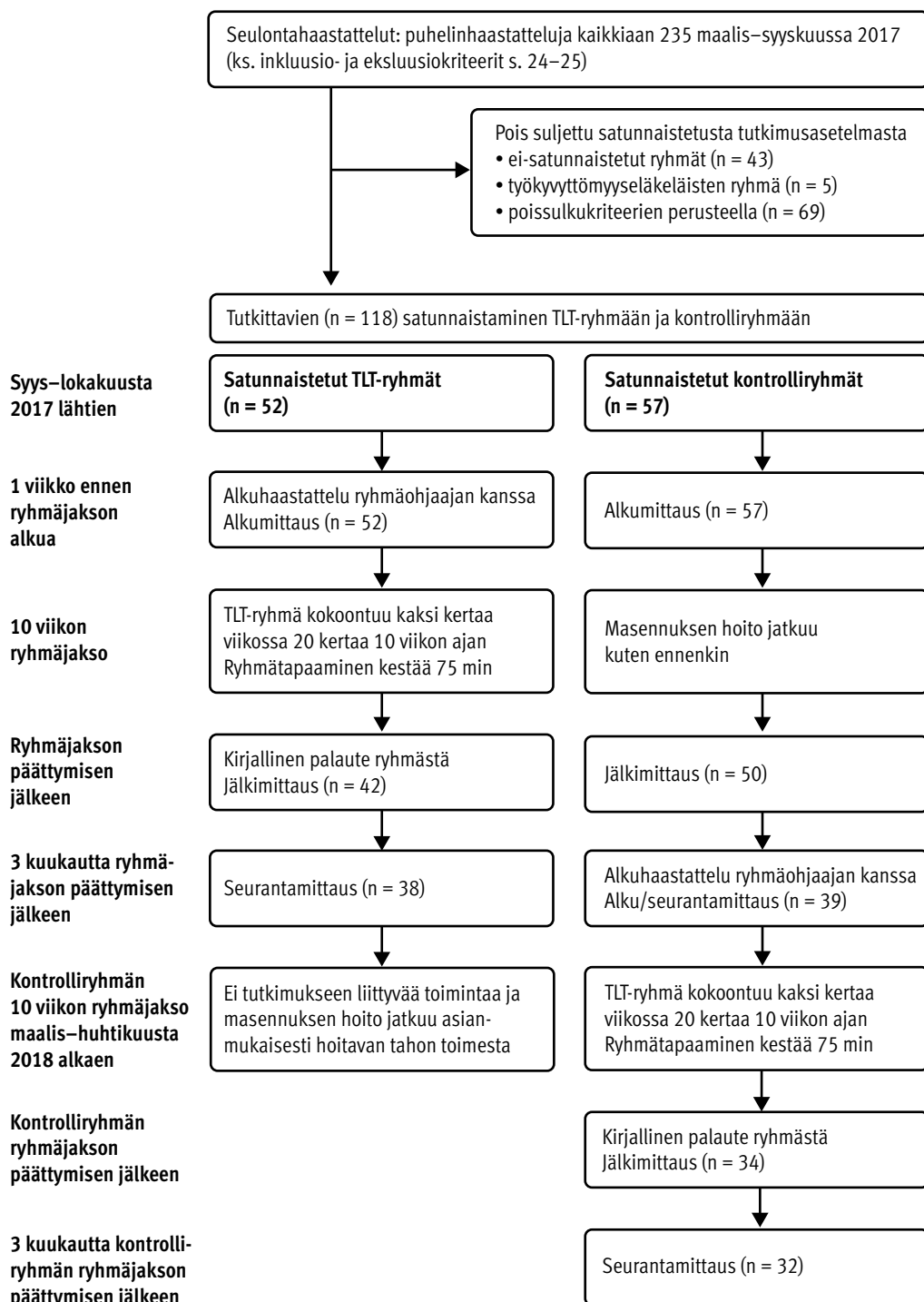
Tutkimuksen ulkopuolelle jäämisen syinä olivat jo mainitut eksklusiokriteerit tai inklusiokriteerien täyttymättömyys, esimerkiksi masennusdiagnoosin asemesta kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hyvin usein tutkimuksen ulkopuolelle jäämisen syy oli se, että henkilöllä oli alle viisi vuotta edellisen kuntoutuspsykoterapiajakson päättymisestä tai hän oli parhaillaan kuntoutuspsykoterapiassa. Näille henkilöille yhteistä oli se, että he olisivat olleet kiinnostuneita osallistumaan tutkimushankkeen tanssi-liiketerapiaryhmäjakssoon, koska kokivat, ettei aiempi tai senhetkinen psykoterapiaprosessi riittävällä tavalla huomioinut heidän kehollista kokemustaan ja sen vuoksi masennuksesta toipuminen oli jumiutunut.

2.4 Tutkimusaineiston keruun toteutuminen

Kuviossa (s. 26) on esitetty tutkimuksen kyselyt ja vaiheet. Tutkittavat (N = 157) jaettiin 23 ryhmään 11 paikkakunnalla. Satunnaistaen ryhmäjako (yhteensä 16 ryhmää) oli mahdollista tehdä Espoossa, Helsingissä, Joensuussa, Jyväskylässä ja Tampereella, koska osallistujamäärä oli riittävä sekä interventio- että kontrolliryhmiin samalla paikkakunnalla. Tutkittavista 75 % (n = 118) satunnaistettiin interventio- ja kontrolliryhmiin. Pienemmillä paikkakunnilla, joita ovat Vaasa, Sastamala, Järvenpää, Kouvola ja Lappeenranta, ryhmiä oli vain yksi. Lisäksi oli yksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien tutkittavien ryhmä. Seulontahaastattelun jälkeen yhdeksän tutkittavaa jättäytyi pois tutkimuksesta ennen alkumittausta ja interventoryhmien alkua elämäntilanteen muutoksista (esim. muutto toiselle paikkakunnalle) tai aikatauluun liittyvistä haasteista johtuen. Satunnaistetussa interventoryhmässä oli 52 tutkittavaa ja kontrolliryhmässä 57 tutkittavaa, jotka osallistuivat TLT-interventioon viivästetysti keväällä 2018. Ryhmäjaksos alettua keskimäärin yksi osallistuja per ryhmä keskeytti osallistumisen. Tutkittavilla oli mahdollisuus jättäytyä pois tutkimuksesta missä tahansa tutkimusvaiheessa syytä ilmoittamatta.

Taustatietoja tutkittavista on esitetty taulukossa 2 (s. 27). Tutkittavia interventio- ja kontrolliryhmissä vertailtiin demografisten piirteidensä suhteen, minkä perusteella selvitettiin, oliko ryhmien välillä eroavuuksia alkutilanteessa. Interventoryhmän osallistujat olivat vanhempia ($M = 41,8$ vuotta) kuin kontrolliryhmän osallistujat ($M = 36,5$ vuotta), $t(107) = 2,25$, $p > 0,05$. Ryhmien välillä ei ollut eroa sukupuoli-jakaumassa, koulutustasossa, työllisyystilanteessa, mielialalääkityksen käytössä, muissa hoidoissa eikä aiempien masennusjaksojen esiintyvyydessä.

Kuvio. Tutkimuksen kulku ja vaiheet.



Taulukko 2. Taustamuuttujat tutkimusryhmittäin.

Tutkimusryhmät	Satunnais- tettu interventio	Satunnais- tamaton interventio	Satunnais- tettu kontrolli	Satunnais- tamaton kontrolli	Työkyvyttö- myyseläke- läiset	Yhteensä
	n = 52	n = 27	n = 57	n = 16	n = 5	N = 157
Sukupuoli (%)						
Nainen/mies	98,1/1,9	100,0/0,0	94,7/5,3	100,0/0,0	100,0/0,0	97,4/2,6
Ikä (vuosina)						
Keski-ikä	41,8	48,6	36,5	48,1	60,4	42,3
Min	18	28	18	20	56	18
Max	63	62	64	60	64	64
Koulutus (%)						
Peruskoulu tai vastaava	7,7	7,4	5,3	0,0	0,0	5,8
Keskiasteen koulutus	30,8	33,3	36,8	26,7	20,0	32,7
Ammatillinen aikuiskoulutus	11,5	3,7	10,5	33,3	0,0	11,5
Alempi korkeakoulututkinto	26,9	25,9	22,8	20,0	40,0	25,0
Ylempi korkeakoulututkinto	21,2	22,2	17,5	13,3	20,0	19,2
Muu ^a	1,9	7,4	7,0	6,7	20,0	5,8
Pääasiallinen toiminta (%)						
Kokoaikatyö	21,1	33,3	14,0	40,0	0,0	21,8
Osa-aikatyö	17,3	14,8	5,3	13,3	0,0	11,5
Työtön	5,8	7,4	14,0	13,3	0,0	9,6
Työkyvyttömyyseläke ^b	5,8	11,1	8,8	13,3	100,0	11,5
Opiskelu	19,2	0,0	29,8	0,0	0,0	17,3
Muu ^c	30,8	33,3	28,1	20,0	0,0	28,2
Lääkitys (%)						
Kyllä/Ei	65,4/34,6	55,6/44,4	47,4/52,6	78,6/21,4	60,0/40,0	58,1/41,9
Hoito (%)						
Keskusteluhoitokäynnit 1–2 viikon välein	28,6	36,4	33,3	38,5	20,0	32,7
Keskusteluhoitokäynnit 3–4 viikon välein	34,3	33,3	38,5	38,5	20,0	35,4
Keskusteluhoitokäynnit 5 viikon välein tai harvemmin	22,9	19,0	15,4	23,1	20,0	19,5
Viikoittainen hoidollinen ryhmä	2,9	9,5	12,8	23,1	0,0	9,7
Omatoiminen osallistuminen harrasteryhmään	25,7	19,0	35,9	15,4	80,0	29,2

^a Käy lukiota tai tohtoritutkinto.^b Osa-aikainen, määräaikainen tai pysyvä työkyvyttömyyseläke.^c Yrittäjä, sairausloma, kuntoutustuki, virkavapaalla.

Tässä raportissa kuvaillaan satunnaistettuun kontrolloituun tutkimusasetelmaan osallistuneiden tutkittavien ($n = 109$) tulokset oireittareiden muutoksista tutkimusjakson aikana. Ennen interventoryhmien alkua toteutetussa alkumittauksessa (T1) tutkittavat vastasivat sähköiseen kyselyyn, jolla kartoitettiin psykologisia ja fyysisiä masennusoireita. Jälkimittaus (T2) toteutettiin välittömästi interventiojakson jälkeen ja siihen vastasi 84 % satunnaistetuissa ryhmissä olevista tutkittavista ($n = 92$). Seurantamittaus (T3) toteutettiin kolmen kuukauden kuluttua interventiojakson päättymisestä ja siihen vastasi 71 % tutkittavista ($n = 77$). Kaikkien tutkittavien tavanomaista hoitoa (*treatment as usual* (TAU)) jatkettiin myös tutkimusjakson aikana.

Oireissa tapahtuvan muutoksen lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kehonkuvan muutoksia. Aineistossa on kontrolliryhmäläisiltä vastaukset kehonkuvakyselyn ensimmäiseen aivan tutkimusjakson alussa sekä heidän vastauksensa kontrollivaiheen jakson päättyessä (tämä oli samalla heidän alkuhaastattelunsa ryhmään). Vertaamalla näitä vastauksia TLT-ryhmäläisten alkutilanteen ja intervention jälkeisiin vastauksiin voimme nähdä, mitä muutosta kehonkuvassa tapahtuu, jos tutkimushenkilö ei saa TLT-interventiota tai jos hän saa TLT-intervention. Tutkimusasetelmassa ei ollut kehonkuvakyselyä kontrolliryhmäläisille kontrollivaiheen siinä ajankohdassa, kun interventoryhmän TLT-jakso päättyi. Kontrolliryhmäläisten oirekuvaa mitattiin kyllä jälkimittauksessa, mutta kehonkuvakysely jätettiin pois, jotta heidän kuormituksensa kyselyihin vastaamisessa olisi kohtuullisempi. Heidän hoitonsa jatkui tavanomaisena hoitona koko ajan alkumittauksesta kontrollivaiheen päättymiseen asti.

Tutkiaksemme masennuksesta kärsivien tutkimushenkilöiden kehonkuvan kokemuksellista sisältöä kehonkuvakyselyiden laadullisessa tarkastelussa huomioimme tässä raportissa kaikkien kehonkuvankyselyyn vastanneiden tutkittavien ($n = 132$) vastaukset kolmelta mittauskerralta interventiovaiheessa, jotta saimme kattavamman kuvan siitä, miten TLT-interventio vaikuttaa tutkittavien kehonkuvassa ilmeneviin muutoksiin. Kaikki tutkimushenkilöt vastasivat ennen TLT-intervention alkua kehonkuvakyselyyn alkuhaastattelussa ryhmäohjaajan kanssa. Muut kehonkuvakyselyn vastaukset toteutuivat kirjallisina kaikilla tutkimushenkilöillä.

2.5 Aineiston analyysimenetelmät

2.5.1 Satunnaistetun tutkimusasetelman aineiston tilastolliset analyysit

Aineiston analyysissa ensimmäiseksi tarkasteltiin muuttujien välisiä korrelaatioita ja ryhmien välisiä eroja taustamuuttujissa riippumattomien otosten t-testillä ja χ^2 -testeillä. Toiseksi intervention vaikutusta (tutkimuskysymys 1) analysoitiin Mplus-ohjelmalla (versio 7) käyttäen hierarkkista lineaarista regressioanalyysia (HML) (Muthén ja Muthén 2012). Lineaarisen regressioanalyysin ja FIML-menetelmän (*full-information maximum likelihood*) avulla on mahdollista hyödyntää kaikki saatavilla oleva tieto ja sisällyttää analyysiin kaikki tutkittavat, jotka olivat mukana tutkimuksen alussa. Puuttuva tieto oletetaan (HML ja FIML) satunnaisesti puuttu-

vaksi (*missing at random*; MAR). Ryhmän ja ajan välistä yhdysvaikutusta tarkasteltiin Waldin testillä. Jos yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä, ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin erikseen interventiojaksolla (T1–T2) ja seurantajaksolla (T2–T3). Osallistujien masennuslääkkeiden käyttö kontrolloitiin analyyseissa.

Kolmannessa vaiheessa laskimme efektikoot (*d*). Korjattu ryhmien välinen efektikoko alku- ja loppumittauksessa laskettiin jakamalla interventio- ja kontrolliryhmän keskiarvojen erotus yhdistetyllä keskihajonnalla. Ryhmien sisäiset efektikoot jälki- ja seurantamittaukselle laskettiin jakamalla keskiarvojen muutos alkumittaukseen verrattuna yhdistetyllä keskihajonnalla (Feske ja Chambless 1995; Morris ja DeShon 2002). Johtuen mahdollisista eroista alkumittauksessa korjattu ryhmien välinen efektikoko laskettiin korjaamalla ryhmien välisten efektikokojen erot loppu- ja seurantamittauksessa alkumittauksen erolla. Ryhmien välinen efektikoko 0,2 oli pieni, 0,5 keskikokoinen ja 0,8 suuri. Ryhmien sisäinen efektikoko 0,5 oli pieni, 0,8 keskikokoinen ja 1,1 suuri (Roth ja Fonagy 1996).

Intervention vaikuttavuutta tarkasteltiin myös laskemalla BDI-pisteille RCI-arvo (*Reliable Change Index*; Jacobson ja Truax 1991). RCI-arvo voi auttaa määrittämään, onko tutkittavan muutos tilastollisesti luotettava eikä seurausta mittausvirheestä. RCI laskee masennusoireiden muutoksen kliinisen merkityksen ja sen, voiko tutkittavan voinnin ajatella kohentuneen intervention aikana. RCI-luokittelu ottaa myös huomioon sen, ohittaako tutkittavan toipuminen painotetun keskipisteen normaali- väestön ja kliinisesti oireilevan väestön välillä (Seggar ym. 2002) ja voidaanko tutkittavaa näin ollen pitää parantuneena. RCI-laskelmiin otettiin mukaan tutkittavat, joiden BDI-pistemäärä oli yli painotetun keskipisteen, joka lasketaan normaaliväestön ja kliinisesti oireilevan väestön (otoksen) keskiarvojen ja keskihajontojen perusteella. Painotettu keskipiste BDI:ssä oli 13,13 interventio-ryhmässä ja 13,89 kontrolliryhmässä. Jos tutkittavan RCI-arvo on alle $-1,96$ ja ohittaa painotetun keskipisteen, hänet luokitellaan parantuneeksi. Jos tutkittavan RCI-arvo on alle $-1,96$ mutta ei ohita painotettua keskipistettä, hänen vointinsa luokitellaan kohentuvaksi. Jos tutkittavan RCI-arvo on $-1,96$:n ja $1,96$:n välillä, hänen voinnissaan ei ole tapahtunut muutosta. Jos tutkittavan RCI-arvo on yli $1,96$, hänen vointinsa luokitellaan huonontuneeksi. Tarkastelimme Anovalla ja χ^2 -testeillä, jos RCI-arvojen perusteella laskettujen luokkien välillä oli eroja taustamuuttujien tai BDI:n alkumittauksen suhteen interventio-ryhmään osallistuneiden tutkittavien välillä.

2.5.2 Kehonkuvakyselyjen aineiston laadullinen analyysi

Kehonkuvakyselyllä tutkittiin kehonkuvan sisältöä tutkittavien kokemuksessa sekä kehonkuvassa tapahtuvaa muutosta (tutkimuskysymys 2). Näitä analysoitiin laadullisesti. Kehonkuvakyselyn kysymykset olivat nämä:

- A. Miten koet kehosi olemuksen?
- B. Millaista sinun on toimia fyysisesti?
- C. Miten kehossasi tyypillisesti koet sen, kun olet arkisissa vuorovaikutustilanteissa toisten kanssa?
- D. Millaisena koet kehosi perustunnelman, kun olet itseksesi?
- E. Onko sinulla kehollisia muistoja tilanteista, joissa olet kärsinyt tai sinun on ollut vaikea olla? Kertoisitko esimerkin sellaisesta muistosta?
- F. Onko sinulla kehollisia muistoja tilanteista, joissa sinun on ollut hyvä olla ja olet nauttinut? Kertoisitko esimerkin sellaisesta muistosta?
- G. Mikä sinulle on kehossasi tärkeää?

Kehonkuvakyselyn vastausten laadullinen analyysi tehtiin Atlas.ti-ohjelman avulla. Tekstiaineistosta etsittiin teemoja, joiden avulla kehonkuvakyselyihin annetut vastaukset koodattiin. Teemojen koodauksessa hyödynnettiin aiempaa tutkimusta pienemmällä aineistolla (N = 21; Pylvänäinen ja Lappalainen 2018) ja teemoja tarkasteltiin ensimmäisenä kysymyskohtaisesti (A-, B-, C- ja D-kysymykset) kontrolliryhmäläisten vastauksissa alkukyselyyn. Kontrolliryhmäläiset olivat alkukyselyssä tutkimusjakson alussa vastanneet kyselyyn kirjallisesti, joten vastaukset olivat puhtaimmin vastaajan omaa kokemusmaailmaa kuvaavia, eikä vastaukseen päässyt vaikuttamaan terapeutin läsnäolo. Samoja teemaluokkia käytettiin sitten kaikissa mittauspisteissä ja kaikkien tutkittavien vastauksia tarkasteltaessa. Yhden kysymyksen vastauksessa saattoi olla tunnistettavissa useita teemoja, ja jokainen koodattiin täsmällisinä tekstilainauksina kuhunkin teemaan. Kehonkuvakyselyn kysymyksistä A, B, C ja D jokainen tekstikohta sisällytettiin johonkin teemaluokkaan. Teemaluokkien sisältöjen laadullisen muutoksen ja teemaluokkien esiintyvyyssuunnan muutosten avulla pyrittiin tunnistamaan tyypillisiä kehonkuvan piirteitä masentuneilla sekä sitä, miten TLT-interventio vaikuttaa kehonkuvaan. Luokitusmäärien muutosta mittauspisteiden välillä tarkasteltiin χ^2 -testeillä.

Laadullisen sisältöanalyysin lisäksi kehonkuvakyselyn vastaukset A, B, C ja D pisteytettiin kysymyskohtaisesti. Jos tutkimushenkilön antaman vastauksen sisältö kysymyksessä oli kielteinen, esimerkiksi hänen kehollinen kokemuksensa oli tyytymättömän, energiaton, arvosteleva tai kärsivä, pistearvo oli nolla. Jos vastauksen sisältö oli neutraali tai vastaus sisälsi yhtä paljon negatiivisia ja positiivisia havaintoja omasta kehonkokemuksesta, pistearvo oli 1. Jos vastauksen sisältö oli selkeästi positiivinen, esimerkiksi kehollinen kokemus oli tyytyväisyyden sävyttämä, toimijuuden sävyttämä, hyväksyvä tai mielihyvän sävyinen, pistearvo oli 2. Kysymysten A, B, C ja D pisteytys toteutettiin SPSS:ssä ja pisteistä laskettiin summamuuttuja. Summamuuttujan sisäinen konsistenssi eli Cronbachin alfat olivat alkumittauksessa 0,539, jälkimittauksessa 0,711 ja 3 kuukauden seurannassa 0,745.

Pisteytys ei ole tarkasti vastauksia erottelava vaan lähinnä vastauksen peruslaadun tunnistava, mutta se toimi kehonkuvakyselyn tuoman laadullisen tiedon rinnakkaise-

na analyysina. Kehonkuvakyselyn pisteytyksen ja sen muutoksen avulla tarkasteltiin, ilmeneekö kehonkuvassa muutosta ryhmien välillä siinä vaiheessa, kun kontrolliryhmäläiset vielä odottivat interventiota, sekä ilmeneekö muutosta interventiovaiheessa mittauskertojen välillä.

Kehonkuvakyselyssä kehomuistia koskevat kysymykset E ja F analysoitiin yleisluontoisemmin ja teemaluokkia tarkasteltiin Atlas.ti:n avulla. Analyysin tavoitteena oli tunnistaa tutkittavien kehomuistin tyypillisiä sisältöjä. Emme odottaneet, että tutkimusjakson aikana ilmeni muutosta tutkimushenkilöiden pitkäkestoisen kehomuistin sisällöissä, jotka koskevat kärsimistä ja mielihyvää. Kehomuistin sisällöistä etsittiin taustatietoa masennuspotilaiden kokemusmaailmasta.

2.5.3 Tutkittavien palautteen analysointi

Tutkittavien kirjallinen palaute analysoitiin laadullisesti Atlas.ti-ohjelmaa käyttäen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin (esim. Metsämuuronen 2008) mukaisesti tutkittiin potilaiden odotuksia TLT-ryhmästä ja heidän keskeisiä teemojaan ryhmäkokemuksessa (tutkimuskysymys 4). Lisäksi palautteesta pyrittiin poimimaan osallistujien näkemyksiä siitä, miten TLT-ryhmäjaksoa voitaisiin kehittää yhä paremmin osallistujia palvelevaksi.

3 Tulokset satunnaistetusta tutkimusasetelmasta

3.1 Masennuksen muutos oireimittareilla mitattuna

3.1.1 Kuvailevat tulokset

Interventio- ja kontrolliryhmäläisiä vertailtiin keskenään taustamuuttujien suhteen, jotta pystyttiin selvittämään, erosivatko ryhmät lähtökohdiltaan toisistaan. Tutkittavat interventior ryhmässä olivat vanhempia (ka. 41,8 vuotta) kuin tutkittavat kontrolliryhmässä (ka. 36,5 vuotta), $t(107) = 2,25$, $p > 0,05$. Ryhmäläisten välillä ei ollut merkitsevää eroa sukupuolen, masennuslääkkeiden käytön tai aiempien masennusjaksojen suhteen. Taustamuuttujien ja tutkittavien muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty taulukossa 3 (s. 33). Taustamuuttujista ainoastaan masennuslääkkeiden käyttö oli yhteydessä pienempiin BDI- ja CORE-OM-pisteisiin alkumittauksessa sekä korkeampaan ikään. Tästä syystä lääkityksen käyttö päätettiin kontrolloida myöhemmissä analyyseissa.

3.1.2 Muutokset oireissa

Interventior ryhmässä kaikki tutkittavat osallistuivat vähintään 15 tanssi-liiketerapia-kertaan. Tutkittavien muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat sekä korjatut ryhmien väliset efektikoot ja Waldin testin tulokset kolmessa mittauspisteessä (alku-, jälki- ja seurantamittaus) on esitetty taulukossa 4 (s. 34). Alkumittauksessa ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa tutkittavissa muuttujissa (BDI, CORE-OM sekä työ- ja opiskelukyky). Odotusten mukaisesti interventio- ja kontrolliryhmän välillä havaittiin merkitseviä eroja tutkittavissa muuttujissa loppu- ja seurantamittauksessa.

Mittausajalla oli suora päävaikutus BDI- ja CORE-OM-pisteisiin siten, että oireet vähenivät merkitsevästi ajan myötä. Mittausajalla oli päävaikutus myös itsearvioituun työkykyyn, joka arvioitiin paremmaksi ajan myötä. Ajalla ja ryhmällä havaittiin yhdysvaikutus, jonka mukaan BDI- ja CORE-OM-pisteet vähenivät enemmän interventior ryhmässä, kun taas kontrolliryhmässä ei havaittu oireiden vähenemistä. Myös itsearvioidussa työkyvyssä havaittiin ajan ja ryhmän yhdysvaikutus, jonka mukaan työkyky koheni interventior ryhmässä enemmän, kun taas kontrolliryhmässä merkitsevää muutosta ei tapahtunut.

Lisäanalyysit osoittivat, että ajalla oli päävaikutus alku- ja jälkimittauksen (T1–T2) välillä ja alku- ja seurantamittauksen välillä (T1–T3) siten, että BDI- ja CORE-OM-pisteet vähenivät ja työ- ja opiskelukyky nousi. Ajan ja ryhmän yhdysvaikutus osoitti, että muutos oli merkitsevä interventior ryhmässä.

Taulukko 3. Tutkittavien muuttujien ja taustamuuttujien väliset korrelaatiot (n = 109).

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Masennus (BDI)									
1. T1	-								
2. T1–T3	0,158	-							
Psyykinen toimintakyky (CORE-OM)									
3. T1	0,809***	0,083	-						
4. T1–T3	0,078	0,790***	0,209	-					
Itsearviointu työkyky									
5. T1	-0,324***	-0,077	-0,279**	-0,067	-				
6. T1–T3	-0,161	-0,495***	-0,093	0,468***	-0,423***	-			
Taustamuuttujat									
7. Ikä	0,046	0,206	-0,007	-0,089	-0,018	-0,022	-		
8. Koulutus	0,035	0,126	0,057	0,092	0,135	-0,017	0,336***	-	
9. Aiemmat masennusjaksot	-0,036	-0,140	-0,042	-0,204	0,001	-0,138	0,047	0,108	-
10. Lääkitys	-0,273**	0,060	-0,365***	-0,156	0,031	0,212	0,189*	0,103	-0,109

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Taulukko 4. Muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat sekä Waldin testin tulokset, estimaatit ja korjatut ryhmien väliset efektikoot (d) satunnaistetuissa interventio- ja kontrolliryhmissä ($n = 109$).

Mittaukset	Alku	Jälki	Seuranta	Waldin testi	
				Aika	Aika*Ryhmä
BDI					11,69**
1. interventio	21,49 (8,86)	15,87 (9,71)	13,85 (8,33)	35,65***	
2. kontrolli	22,40 (8,00)	20,55 (9,98)	20,84 (10,27)	5,26, ns.	
Ryhmävertailut	-0,12, ns.	-3,94** ^a	-2,16 ^b , ns.		
d	-0,11	0,45 ^a	0,72 ^c		
CORE-OM					9,87**
1. interventio	16,28 (5,75)	13,35 (7,26)	12,95 (6,77)	15,36***	
2. kontrolli	16,94 (5,13)	16,98 (5,87)	16,89 (5,56)	0,01, ns.	
Ryhmävertailut	0,06, ns.	-3,34*** ^a	-0,52 ^b , ns.		
d	0,12	0,55 ^a	0,60 ^c		
Itsearvioitu työkyky					7,84*
1. interventio	5,81 (2,25)	6,69 (2,40)	7,06 (2,38)	18,55***	
2. kontrolli	6,00 (2,05)	5,87 (2,20)	6,01 (2,17)	1,11, ns.	
Ryhmävertailut	0,09, ns.	-0,36*** ^a	0,045 ^b , ns.		
d	0,09	0,49 ^a	0,58 ^c		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

^a Alku-jälki.

^b Jälki-seuranta.

^c Alku-seuranta.

RCI-luokitus (*Reliable Change Index*) osoitti, että interventioyhmien tutkittavista, joiden BDI-pistemäärä oli alkumittauksessa yli katkaisurajan ja jotka olivat vastanneet myöhemmissä mittauspisteissä ($n = 30$), 13:n (43,3 %) vointi oli joko parantunut ($n = 9$; 30 %) tai kohentunut ($n = 4$; 13,3 %). Lisäksi 17 (56,7 %) luokiteltiin muuttumattomaksi eikä kenenkään tila ollut huonontunut. Interventioyhmän RCI-luokkien välillä ei ollut eroja iässä, masennuslääkityksen käytössä tai aiemmissa masennusjaksoissa. Tutkittavat, joiden vointi luokiteltiin kohentuneeksi, raportoivat enemmän masennusoireita alkumittauksessa kuin muut, $F(2,27) = 3,587$, $p < 0,05$. Kontrolliryhmässä ($n = 35$) 5 (14,3 %) tutkittavan vointi oli joko parantunut ($n = 2$; 5,7 %) tai kohentunut ($n = 3$; 8,6 %). Suuri enemmistö kontrolliryhmästä säilyi muuttumattomana ($n = 29$; 82,9 %) ja yhden tutkittavan tila huononi (2,9 %).

Intervention vaikuttavuuden arvioimiseksi laskettiin korjatut efektikoot. Ryhmien väliset efektikoot osoittivat keskikokoisia eroja ($d = 0,58-0,72$) kaikissa mittareissa kolmen kuukauden seurantamittauksessa. Interventioyhmässä ryhmän sisäiset efek-

tikoot olivat alku- ja seurantamittauksen välillä keskikokoisia ($d = 0,89$) BDI-mittarilla mitattuna tai pieniä CORE-OM-mittauksissa ($d = 0,53$) ja työ- ja opiskelukyvyssä ($d = 0,54$). Kontrolliryhmässä ryhmän sisäiset efektikoot olivat pieniä alku- ja seurantamittauksen välillä: BDI ($d = 0,21$), CORE-OM ($d = 0,01$) ja työ- tai opiskelukyky ($d = -0,01$). Täten interventioryhmässä ryhmän sisäiset efektikoot vaihtelivat tutkimusjakson (T1–T3) aikana välillä 0,53–0,72 ja kontrolliryhmässä välillä 0,01–0,21.

Satunnaistettujen, intervention saaneiden tutkittavien joukossa masennuksen keskiarvopisteet laskivat alku- ja jälkimittauksen välillä sen verran, että tutkittavien masennustilan luokitus muuttui BDI-mittarin katkaisupisterajojen mukaisesti kohtalaisesta masennuksesta (19–29 p.) lievään masennukseen (10–18 p.). Satunnaistetulla interventioryhmällä masennusoireiden keskiarvo pysyi lievällä tasolla myös seurantamittauksessa. Satunnaistetussa kontrolliryhmässä masennusoireiden keskiarvo pysyi kohtalaisella tasolla koko tutkimusjakson ajan.

Tarkastelimme erikseen työkyvyttömyyseläkeläisten interventioryhmää selvittääksemme, voisivatko he hyötyä tanssi-liiketerapiasta. Ryhmän pienen koon vuoksi ($n = 5$) tulokset eivät saavuttaneet tilastollista merkitsevyyttä, mutta keskiarvopisteiden sekä efektikokojen tarkastelu osoitti, että työkyvyttömyyseläkeläisten masennuksessa tapahtui vähenemistä interventiojakson aikana. Tulos tukee ajatusta siitä, että työkyvyttömyyseläkeläisetkin voivat saada tanssi-liiketerapiasta merkittävää apua masennukseensa.

3.2 Kehonkuvakyselyn määrälliset tulokset satunnaistetussa tutkimusasetelmassa

Kehonkuvakyselystä pisteytettiin kysymykset, joissa kysyttiin tutkittavan nykyhetken kokemusta omasta kehostaan (kysymykset A, B, C ja D). Pisteytyksellä kuvattiin vastauksen peruslaatu: negatiivinen, neutraali tai positiivinen. Näiden neljän kysymyksen summapistemääriä oli tutkimusasetelmassamme mahdollista vertailla interventio- ja kontrolliryhmän välillä alkumittauksessa ja 3 kuukauden seurantamittauksessa. Suurempi summa kertoo myönteisemmistä kehonkuvan sisällöistä. Interventioryhmän pistemääränmuutos alku-seurantamittausten välillä oli kaksinkertainen kontrolliryhmään verrattuna. Ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kehonkuvan pistemäärän muutoksessa alku- ja seurantamittauksen välillä, $F(1,73) = 0,34$, $p = 0,561$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,005$ (taulukko 5, s. 36). Tämä tulos osoittaa, että ilman TLT-interventiota kehonkuvan laatu muuttui keskimäärin hyvin vähän. Myöskään interventioryhmän keskimääräisissä kehonkuvapistemäärissä näkyvä muutos ei vaikuta suurelta, kun pistemäärän muutos oli 0,63 pistettä. Yhden pisteen nousu tarkoittaisi, että yhden kysymyksen osalta tutkittava olisi siirtynyt negatiivisesta neutraaliin tai neutraalista positiiviseen vastaussisältöön.

Taulukko 5. Satunnaistettujen interventio- ja kontrolliryhmäläisten kehonkuvakyselyjen summapisteiden ja BDI-pisteiden keskiarvot.

	Kontrolliryhmä M (SD)	Interventoryhmä M (SD)
Alkumittaus		
Kehonkuva	2,54 (1,66), n = 57	2,48 (1,81), n = 50
BDI	22,40 (8,00)	21,49 (8,86)
Seurantamittaus		
Kehonkuva	2,88 (1,86), n = 40	3,20 (2,40), n = 35
BDI	20,84 (10,27)	13,85 (8,33)
Kehonkuvan pistemäärän muutos alku-seuranta	0,33 (1,90)	0,63 (2,59)

4 Kehonkuvakyselyn tuoma tieto koko aineistossa

4.1 Kehonkuvan laadullinen sisältö

Masentuneiden henkilöiden kehonkuvaa on tutkittu hyvin vähän. Tämän tutkimushankkeen kehonkuvakyselyjen aineisto antaa tietoa siitä, mikä on ominaista suomalaisessa kulttuurissa masennuksesta kärsivien asiakkaiden kehonkuvassa, jossa heijastuu henkilön suhde omaan kehoon, itsen ja toimijuuteen sekä ympäristöön.

Aineistossamme on kehonkuvakyselyn vastauksia 132 tutkimushenkilöltä alkuhaastattelussa ennen TLT-ryhmäjaksoa. Näissä teksteissä tutkimushenkilöiden kehonkuvasta keskeisinä teemoina nousivat esiin taulukon 6 esittämät teemat. Teeman ohessa on esimerkkejä, miten tämä teema ilmeni vastauksissa.

Taulukko 6. Tutkittavien (n = 132) kehonkuvan tyypillisiä teemoja alkuhaastattelussa ennen TLT-interventiota. Teemat ovat korostuneisuusjärjestyksessä.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
Raskas, voimaton, huono toimintakyky (k = 169) Kipu Kehon toimintakyky on huono Väsymys ja energiattomuus Kömpelö, huono liikkumisen taito Aloittamisen vaikeus Fyysinen tekeminen puuttuu Haluaisi tehdä enemmän kuin tekee	”On kipua jaloissa ja käsissä.” ”Helposti oireilen fyysisesti.” ”Olen vatsalla jännittäjä.” ”Kehoni on raihnainen.” ”Kehossa on ollut ongelmia. Se on äärimmäisen jäykkä, eikä oikein tiedä, mistä se johtuu. Yksi syy voi olla kilpirauhasen vajaatoiminta. Aamulla, kun herään, olo on niin kuin olisin maitohapoilla, kaikki on hidasta. Nukun kippurassa.” ”Nukun paljon, olen väsynyt.” ”Ei voi kaikkia lajeja harrastaa kipujen vuoksi.”
Oma keho on hyvä (k = 153) Tykkää toimia fyysisesti Käsitys omasta kehosta on hyvä ja toiminnallisesti pystyvä Omalla keholla toimiminen tuo yhteyttä kehoon Armollisuus itseä kohtaan Olemus on kaunis Kokee olevansa naisellinen myönteisellä tavalla	”Tykkään liikua.” ”Tykkään fyysisestä toiminnasta, se vapauttaa.” ”Minussa on voimaa.” ”Hyvä olo salitreenin, uinnin jälkeen.” ”Hengitykseen pystyn keskittymään ja sitä tiedostamaan hyvin.” ”Kaipaun rentoutumista, kun olen yksin. Tanssi ja venyttely tuntuu hyvältä.”
Suhtautumisessa omaan kehoon (k = 105) Inho, häpeä, lihavuus, syömishäiriöongelmat	”Hirveitä itseinhon puuskia.” ”Mielialasta kiinni, jos paska olo, niin ruuskii itseä.” ”Vatsa/maha inhottaa ja vaivaa.” ”Ruma, mitätön, epäonnistunut, vanha ja yksinäinen. Ei halua olla mitään noista. Kaiken takana on pettymys itseseen.” ”Ylipaino, vaikea hyväksyä.” ”Nyt en tee mitään, lääkitys lihottaa.”

Taulukko 6 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 6.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
<p>Ei ole sinut kehon kanssa (k = 89) Keho ei tunnu hyvältä</p>	<p>”En ole ihan sujut kehoni kanssa. Kehoni ei ole sama kuin minä. Keho ei tunnu omalta.” ”Keho on kasassa, taakka painaa, ahdistuksen möykky rinnassa ja vatsa on sekaisin. Unohdan mitä minulle sanotaan ja asiat ei jää mieleen.” ”Väsänyt ja ahdistunut keho. Paljon epämiellyttäviä tunteita. En hengitä, kun olen stressaantunut.” ”En ole koskaan tyytyväinen kehoon. Ei varma onko kyse siitä, ettei kelpaa itselle vai muille.” ”Kehossa ei nyt ole viihtyisää.”</p>
<p>Sosiaalisissa tilanteissa (k = 87) Ahdistavuus tulee ilmi kehon reaktioissa Epämukavuus Jännittäminen Häpeä</p>	<p>”Ihmisestä kiinni, huomaa että jos on vaikea ihmissuhde, keho jännittyy. Etenkin niska-hartiasoutu.” ”Pientäminen.” ”Keho yleensä jännittyneessä tilassa, vähän varuillaan. Huomaa että vetää vatsaa sisään ihmisiä kohdatessa, joutuessa pidempään vuorovaikutukseen.” ”Yhteyden löytyessä ja huolien noustessa tuntuu raskaalta. Pää, rintakehä, selkä ja kylmät väreet käsivarsissa voi tapahtua monessa tunteessa.” ”Jännitys tuntuu kehossa vieraammissa porukoissa.” ”Tunnen hirveästi häpeää. Se estää tekemästä asioita.”</p>
<p>Miettiminen mitä muut ajattelevat (k = 76) Miettii, miten käyttäytyy Miten vetäytyy Miten kommunikoi toisten kanssa Miettii sosiaalisia rooleja</p>	<p>”Mietin mitähän muut ajattelevat minusta. Hartioissa tuntuu, helposti vatsavaivoja ja pahoinvointia. Minusta tuntuu, että mun pitää peittää jännitystä muilta. Hämmennyn herkästi, kun minua huomioidaan.” ”Ei ole hirveästi vuorovaikutusta.” ”Eristäydyn helposti.” ”En halua astua kenenkään varpaille – vaikka haluaisin liikkua laajasti.” ”Mestari pitämään roolia tiettyyn rajaan asti – kuluttavaa.” ”Suurimpaan osaan tuntuu, ettei ole minkäänlaista fyysistä kontaktia. Kun jalassa oli kipsi, sen jälkeen pelkäsin, että muut tulee päin. Saatan nytkin pelätä esim. pyöräilijöitä.”</p>
<p>Rauha ja vapaus liittyen yksinoloon (k = 39)</p>	<p>”Saa olla rennosti.” ”Jonkinlainen rauhan tunne, kun saa olla itsekseen.” ”Vapautuneempi olo, pystyy keskittymään siihen, mitä keho viestii.” ”On ihana olla kotijunttivaatteissa, en kauheasti mieti miltä näytän siellä.” ”On saattanut antaa myös kehollista positiivista huomiota. Katson peilistä oonpa kaunis. Antaa itsensä levätä.”</p>

Taulukko 6 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 6.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
Yksin ollessa kehon perusolossa (k = 36) Jännittyneisyys Pelko Levottomuus	”Ahdistuksen ja jännityksen tunne tulee helposti, kun on yksin. Ajatukset lähtevät kiertämään. Tunne siitä, että jokin on sisällä kireällä.” ”Stressaavat asiat ahdistaa.” ”Huokailen paljon yksin ollessa – ahdistaa.” ”Viime aikoina raskas ja jäykkä, saan itseni kiinni turhasta jännityksestä käsissä, lavoissa ja lantiossa.” ”Rauhoittuminen ja rentoutuminen vaikeaa, vaikea nukkua. Elämän merkitysettömyyden tunne.”
Yksin ollessa (k = 16) Ei tunnista, ei aisti, ei yhteyttä, ei huomioi kehoa, dissosioi	”En oikein ajattele sitä hirveästi.” ”Vaikea sanoa, en oikein halua ajatella sitä.” ”Koen, etten ole kunnolla osa kehoani.” ”Aika neutraali sekini, en kiinnitä siihen niin huomiota, ihan ku se ei olis olemassa periaatteessa.” ”Semmoinen levoton, vaikea löytää sanoja. Mulla olisi hyvä olo, jos mikää ei tuntuisi. Haluaisin pois omasta kehosta. En hiffaa omaa itseäni täysin.”
Sosiaalisessa tilanteessa (k = 14) Ei kiinnitä kehoon huomiota	”En ole koskaan miettinyt asiaa (miltä kehossa tuntuu sosiaalisissa tilanteissa).” ”En mä mieti sitä kehollisesti niin paljoa.” ”Olen fyysisesti etäinen. En koe vuorovaikutusta mitenkään kehossani. Meidän perheessä ei tunteiltu eikä näytetty tunteita.” ”En koe kehossa mitään kohdatessa ihmisiä tai ainakin se tapahtuu todella harvoin.”

Ennen TLT-interventiota tutkittavien kehonkuvassa korostuivat kokemukset, tunteukset ja ajatukset, joissa on negatiivinen sisältö sen suhteen, miten kokee kehonsa toimintakyvyn, kehon olemuksen ja keholla toimimisen vuorovaikutusympäristöissä. Esiin nousi, että kehoon ei välttämättä aistimuksellisesti kiinnitetä huomiota yksin ollessa tai sosiaalisissa tilanteissa. Aineisto ei anna vastausta siihen, onko tämä aistimattomuus tai huomion kiinnittämättömyys automatisoitunut tapa ja tottumus vai epämielikkävien tunteiden säätelykeino tai selviytymiskeino. Vaikka kehonkuvan sisällöissä negatiiviset kokemukset olivat hyvin tyypillisiä, selvästi tuli esiin myös sellaisia kokemuksia, että oma keho ja nimenomaan omalla keholla fyysisesti toimiminen oli osalle tutkittavista mielihyvän lähde.

Kehonkuvakyselyssä oli kaksi kysymystä, jotka kohdistuivat kehomuistin kärsimiseen liittyviin ja mielihyvän sävyisiin sisältöihin. Ennen TLT-interventiota tutkittavien vastauksista kuvastui, että kehollisen kärsimisen muistot liittyivät negatiiviseen ylivireystilaan: säikkymiseen, pelkotiloihin ja varuillaan oloon. Toiseksi keskeisin kärsimiseen liittyvien muistojen teema oli lähisuhdeväkivalta, joka oli sisällytetty tut-

kittavan lapsuuteen tai omiin parisuhdekokemuksiin. Kolmanneksi kärsimisen kokemukset liittyivät fyysisen terveyden ongelmiin; ikäviin, synnytykseen tai muihin syihin liittyviin sairaalakokemuksiin. Kipu tuli usein mainituksi kärsimisen kehomuistoissa. Häpeä, joka kuvautui jo kehonkuvakyselyn nykyhetkeä koskevissa kysymyksissä, tuli esiin myös kärsimiseen liittyvinä kehomuistoina. Niiden tutkittavien vastauksissa, jotka saivat TLT-intervention heti, kärsimiseen liittyvinä muistoina kerrottiin usein myös lapsena ja nuorena koetusta seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. Lisäksi nämä tutkittavat kuvasivat kärsimisen muistoja liittyen väsymykseen, aikaansaamattomuuteen ja masennuksen tuntemuksiin, jotka ovat alivireystilan sävyttämiä.

Mielihyvään liittyvät kehomuistot jäsenyivät tutkittavien vastauksissa ensinnäkin liikkumiseen ja fyysiseen toimintaan, esim. tanssiin, uimiseen ynnä muuhun liikuntaan. Toisena yleisenä teemana luonto ja eläimet olivat kehollisen mielihyvän muistoissa mukana, esimerkiksi kokemukset metsässä, meren äärellä, kalassa käynnit ja muistot hetkestä lemmikkieläinten kanssa. Mielihyvän muistoissa kuvattiin kehon rentoutumista esimerkiksi saunassa tai hieronnassa. Myös fyysinen läheisyys ja halaukset olivat oma teemansa mielihyvän muistoissa. Parisuhde mainittiin kehollisen mielihyvän kokemusten lähteenä. Suhde lapsiin, hetket omien lasten kanssa olivat myös mielihyvän kehomuistojen sisältöinä. Kehossa koettu aistimuksellisuus kuvattiin seitsemäntenä selkeänä teemana kehollisen mielihyvän muistoissa. Kokemukset mielihyvästä liittyivät tavallisen elämän tilanteisiin. Niitä yhdistää myös se, että näissä tilanteissa henkilön oli ollut mahdollista olla aistiva ja tuntemuksia vastaanottava. Tilanteisiin ei kuvailtu liittyvän mitään uhkaavaa, joten turvallisuuden kokemus tilanteissa oli oletettavasti ollut riittävä siihen, että oli mahdollista tulla yhteyteen ja kokea aistimuksellisuutta.

4.2 Kehonkuvan muutos TLT-intervention myötä

TLT-intervention jälkeisiä kehonkuvakyselyn vastauksia aineistossamme oli 115 tutkimushenkilöltä. Jotta eri mittauskertojen vastauksia voitaisiin suhteuttaa toisiinsa, käytettiin samaa teemaluokitusta kuin alkumittauksen aineistossa. Teemoihin tulevien koodausten sisällöissä oli sävyeroja (taulukko 7, s. 41) ja määrällisiä eroja.

Taulukko 7. Tutkittavien (n = 115) kehonkuvan tyypillisiä teemoja TLT-intervention jälkeen. Ensimmäisenä eniten sisältökoodauksia saanut teema.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
<p>Oma keho on hyvä (k = 154) Tykkää toimia fyysisesti Käsitys omasta kehosta on hyvä ja toiminnallisesti pystyvä Omalla keholla toimiminen tuo yhteyttä kehoon Armollisuus itseä kohtaan Olemus on kaunis Kokee olevansa naisellinen myönteisellä tavalla</p>	<p>”Fyysisesti toimiminen on minulle luontevaa ja se tuntuu hyvältä.” ”Luonnollista ja vapauttavaa.” ”Oikein hyvä. Pidän liikkumisesta.” ”[Koen kehoni olemuksen] tärkeäksi ja keskeiseksi osaksi. Rauhalliseksi ja toimintakykyiseksi.” ”Kehoni on nykyään kevyempi ja tietyllä tavalla ryhdikkäämpi kuin ennen ryhmän alkua.” ”Olen kuitenkin aiempaa lempeämpi ja ehkä rennompikin.” ”Pidän kehostani.”</p>
<p>Raskas, voimaton, huono toimintakyky (k = 113) Kipu Kehon toimintakyky on huono Väsymys ja energiattomuus Kömpelö, huono liikkumisen taito Aloittamisen vaikeus Fyysinen tekeminen puuttuu Haluaisi tehdä enemmän kuin tekee</p>	<p>”Kivut eri puolilla kehoani vaikeuttavat liikkumistani lähes päivittäin.” ”Kivut ovat lähes jokapäiväisiä ja silloin minulla on kehossani epä mukava olla. Myös väsymys, voimattomuus ja uupumus ovat perustunnelmiani.” ”Koen, että kehoni on väsynyt ja uupunut. Koen, että kehoni tarvitsisi lepoa ja rentoutumista, mutta en pysty sallimaan sitä itselleni.” ”Ryhditön, voimaton, toimii vain ajatuksen voimalla. Olen jonkin verran kömpelö eikä se (fyysinen toimiminen) ole minulle kovin luonnollista.”</p>
<p>Sosiaalisissa tilanteissa (k = 62) Ahdistavuus tulee ilmi kehon reaktioissa Epämukavuus Jännittäminen Häpeä</p>	<p>”Riippuu siitä, kenen kanssa vuorovaikutan. Voin olla levoton, jännityn, haluan liikkua tai piiloutua. Toisaalta voin haluta tanssia ja halata, voin olla rento.” ”Väsyn nopeasti ja jännitän lihaksiani tiedostamattani.” ”Kehoni on jonkin verran vaivaantunut ja rasittuu herkästi. Joskus hyvän asennon löytäminen on vaivalloista vuorovaikutustilanteissa.” ”Tiedostan kehoni epäkohtia ja häpeän niitä jonkin verran, mikä tuntuu erilaisina jännitteinä kehossa.”</p>
<p>Suhtautumisessa omaan kehoon (k = 53) Inho, häpeä, lihavuus, syömishäiriöongelmat</p>	<p>”Koen oloni paremmaksi kehoni olemuksen suhteen silloin, kun ei tarvitse ajatella, miltä näyttää.” ”Ulkoisesti olen ylipainoinen ja huonoryhtinen.” ”Olen liian suuri, olen ylipainoinen.” ”Hieman jäykkänä ja pulleana.” ”Minun pitäisi muuttua erikokoiseksi.”</p>
<p>Rauha ja vapaus liittyen yksinoloon (k = 41)</p>	<p>”Itsekseen ollessani kehoni perustunnelma on myös useimmiten rento ja rauhallinen. Tilanteesta riippuen voin kokea ahdistusta kehossani, mutta yleensä perustunnelma on mukava ja jotenkin juurtunut”. ”Toisinaan se (kehon tunnelma) on myös kuulosteleava.” ”Rauhallinen, levosta pitävä keho.” ”[Yksin ollessa koen oloni] hyvänä, koska nykyisin pidän itsestäni.” ”Olen oma itseni.”</p>

Taulukko 7 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 7.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
Miettiminen mitä muut ajattelevat (k = 31) Mietti, miten käyttäytyy Miten vetäytyy Miten kommunikoi toisille Mietti sosiaalisia rooleja	<p>”Koen myös, että aika usein toiset ihmiset tutkailevat kehoani katseellaan ja jotenkin arvioivat kehoani. Se tuntuu epämiellyttävältä ja epämukavalta.”</p> <p>”Negatiiviset piirteet korostuvat vastakkaisen sukupuolen seurassa.”</p> <p>”Osaan nyt pyytää esim. kumppania koskettamaan itseäni hellemin tai pitämään kiinni lujemmin riippuen siitä, mitä keho kaipaa. Toisinaan huomaan edelleen vaivaannuttavaa tunnetta omasta olemassaolosta toisten seurassa, mutta osaan tehdä asialle jotain keskittymällä itseän sisästä päin, aistimalla itseni.”</p> <p>”Nyt olen oppinut huomaamaan esim. tunnetiloja kehossa.”</p>
Ei ole sinut kehon kanssa (k = 31) Keho ei tunnu hyvältä	<p>”Jännittynyt [kokemus oman kehon olemuksesta].”</p> <p>”Epämukava.”</p> <p>”Iloton ja annan helposti periksi.”</p> <p>”Oma kokemukseni on toisaalta vetelä ja toisaalta ’väärällä tavalla’ jännitteinen.”</p> <p>”Jotenkin koen kehoni aina sellaiseksi etten ole koskaan ihan tyytyväinen siihen.”</p>
Sosiaalisessa tilanteessa (k = 27) Ei kiinnitä kehoon huomiota	<p>”Riippuu paljon mielialasta eli jos on ihan ok olo, en rekisteröi kehoani tutuissa tilanteissa.”</p> <p>”Joskus unohdan kehoni, kun olen ystävien kanssa ja on hauskaa.”</p> <p>”Ei tuntemuksia.”</p> <p>”Yleensä en huomioi kehoani erityisemmin.”</p> <p>”Unohdan kehoni. En ajattele sen kummemmin kehoani. Minä olen täällä kropan sisällä.”</p>
Yksin ollessa (k = 25) Jännittyneisyys Pelko Levottomuus	<p>”Hengitän pienesti, koska aina asiat on kesken.”</p> <p>”Olen valitettavasti vielä useasti jännittynyt tai ylikierroksilla ja väsynyt.”</p> <p>”Hieman rauhaton ja kestää hetken että pääsen levolliseen tunnelmaan.”</p>
Yksin ollessa (k = 7) Ei tunnista, ei aisti, ei yhteyttä, ei huomioi kehoa, dissosioi	<p>”Melko neutraalisti. Yritän olla ajattelematta asiaa.”</p> <p>”Yksin ollessani kehoni perustunnelma on joko sellainen, etten sitä edes huomaa tai kiinnitä siihen huomiota. Toisaalta se voi varsinkin yksin ollessani olla hyvinkin negatiivinen.”</p> <p>(Kontrolliryhmästä tähän ei tullut yhtään koodausta.)</p>

TLL-intervention jälkeen kehonkuvakyselyn vastausten sisältö muuttui. Samat teemat löytyivät edelleen, mutta niiden painotus oli muuttunut: positiiviset seikat olivat säilyneet, mutta negatiivista painotusta ei tuotu niin vahvana esiin kuin alkumittauksessa. Positiivisissa sisällöissä usein myös kuvattiin havaittu myönteinen muutos. Rauhallisuus ja rentous, mitä tutkittavat tunsivat kehonsa perusolossa yksin ollessaan, säilyivät jälkimittauksessa vastaavalla tasolla kuin ne olivat olleet alkumittauksessa. Negatiivisia kokemuksia ei tuotu yhtä vahvasti esiin kuin ennen TLL-interventiota. Esimerkiksi teemassa ”mieltii mitä muut ajattelevat” jälkimittauksessa kuvailtiin kokemuksia ja kehoon liittyviä ajatuksia, jotka olivat sisällöltään enemmän neutraaleja, mukana oli säätelykeinojen vahvistumista ja/tai oman kehon ja sen reaktioiden hyväksyvämpää toteamista. Lisäksi tämä teema sai yli puolet vähemmän koodauksia jälkimittauksessa, eli tämän sisällön vallitsevuus kehonkuvassa väheni huomattavasti TLL-intervention myötä. Myös omaan kehoon ja erityisesti lihavuuteen liittyvää itseinhoa ja häpeää raportoitiin TLL-intervention jälkeen puolet vähemmän kuin alkumittauksen vastauksissa. Merkittävin muutos oli se, että TLL-intervention jälkeen vastaukset, joissa kuvattiin omassa kehossa koettua vierautta ja epämukavuutta, olivat vähentyneet kolmasosaan. Tutkittavat tunnistivat kehonsa tuntemusten tilansidonnaisuuden ja vaihteluja vuorovaikutustilanteen mukaan. Kehon huomioimattomuuden vastauksia tuli myös jälkimittauksessa, mutta verrattuna alkumittaukseen ne liittyivät selvästi vähemmän yksinolon tilanteisiin. Sosiaalisissa tilanteissa kehon tuntemusten huomioimattomuutta kuvattiin jälkimittauksessa enemmän kuin ennen TLL-interventiota, mutta muutos ilmeni siinä, että tutkittavat myös mainitsivat, että huomioimattomuus liittyy tilanteisiin, joissa on rento ja miellyttävä olla. Kuitenkin edelleen ilmeni myös taipumusta siihen, että kehon tuntemuksien tunnistaminen ja aistiminen sivuutettiin myös aktiivisesti.

Kehonkuvan seurantakyselyyn vastasi 102 tutkittavaa (taulukko 8, s. 44). Jälki- ja seurantamittauksen välillä ei juurikaan tapahtunut muutosta kehonkuvien teemojen yleisyydessä. Edelleen tutkittavien kehonkuvassa oli kuormittavia seikkoja: kipua, voimattomuutta ja väsyneisyyttä. Seurantamittauksen vastauksissa oli laadullinen muutos siinä, että niissä kuvautui enemmän itsen ja kehon havainnointia, hyväksyntää, uudenlaisen toiminnan kokeilemistä, enemmän neutraaliutta ja myötätuntoa kuin tutkimusjakson alussa. Seuranta-ajan jälkeen tutkittavien tavassa olla yhteydessä omaan kehollisuuteensa oli havaittavissa, että kehoysteys, jota TLL-interventio vahvisti, oli säilynyt. Kokemus rauhallisuudesta ja levollisuudesta yksin ollessa oli säilynyt samalla tasolla kuin TLL-intervention päättyessä.

Taulukko 8. Tutkittavien (n = 102) kehonkuvan tyypillisiä teemoja 3 kuukauden seurantamittauksessa. Ensimmäisenä eniten sisältökoodauksia saanut teema.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
<p>Raskas, voimaton, huono toimintakyky (k = 126) Kipu Kehon toimintakyky on huono Väsymys ja energiattomuus Kömpelö, huono liikkumisen taito Aloittamisen vaikeus Fyysinen tekeminen puuttuu Haluaisi tehdä enemmän kuin tekee</p>	<p>”Kuitenkin kipuja ja vaivoja on, jotka häiritsevät.” ”En jaksakaan tehdä paljoa kerralla.” ”Tuntuu raskaalta ja hitaalta.” ”Oma liikkuminen tuntuu vaikeahkolta väsymyksen vuoksi. Olo kömpelöityy ja viihtyminen omassa kehossa huononee, kun ei liiku riittävästi ja paino nousee.” ”Olen lisännyt fyysistä toimintaa. Keho väsyi, mutta yritän löytää tasapainoa. Välillä pakolliset asiat kuten kotityöt, on vaikea löytää kehosta motivaatio ja energia asioiden hoitamiseen.” ”Koen mieleni ja kehoni olevan hyvin yhteydessä. Tällä hetkellä sairastamisen takia koen kehoni olevan hyvin väsynyt ja kykenemätön. Tanssiterapian jälkeen olen kokenut kehoni olevan ryhdikkäämpi kuin aiemmin.”</p>
<p>Oma keho on hyvä (k = 118) Tykkää toimia fyysisesti Käsitys omasta kehosta on hyvä ja toiminnallisesti pystyvä Omalla keholla toimiminen tuo yhteyttä kehoon Armollisuus itseä kohtaan Olemus on kaunis Kokee olevansa naisellinen myönteisellä tavalla</p>	<p>”Vapaampaa, luonnollisempaa, helpompaa.” ”Jaksan ihan hyvin ja pystyn kaikkeen mihin ryhdyn. En koe olevani voimakkaimmillani, mutta voimakkaampi kuin vaikka vuosi sitten.” ”Kehoni on paikka, jossa elän, mutta myös mieleni jatke ja elämän kokemuksen kannalta yhtä tärkeä kuin mieli.” ”Olen tyytyväinen kehooni ja sinut kehoni kanssa.” ”Voin katsoa peiliin ja nähdä itseni kokonaisuutena ihmisenä, naisena. Jalkojen alla tasaisesti lattia tai maata.” ”Nautin liikkumisesta. Tarvin liikettä.”</p>
<p>Sosiaalisissa tilanteissa (k = 66) Ahdistavuus tulee ilmi kehon reaktioissa Epämukavuus Jännittäminen Häpeä</p>	<p>”Olen aika tietoinen itsestäni, kehostani, ilmeistäni, äänestäni jne., voi olla, että olen vähän jännittynyt.” ”Olen huono lukemaan kehoni viestejä. Suurten ihmisjoukkojen keskellä voi olla epämukavaa, esim. eräänlaista vapinaa kehon lihaksissa. Muutaman hengen kanssa juttellessa ei tuntemuksia.” ”Keho ja sen epäluonnollisuus hävettää.” ”Ajattelen usein aluksi kroppani olevan hiukan outo tai jotenkin väärässä asennossa, mutta sitten se fiilis rauhoittuu.” ”Olen viime aikoina antanut itselleni luvan vastaanottaa enemmän hoivaa, huolenpitoa ja nautintoa paremmalla omallatunnolla. Vuorovaikutustilanteet läheisissä ja läheisyyttä sisältävissä suhteissa ovat kehittyneet vapaampaan, itseäni kuuntelevampaan ja ilahduttavampaan suuntaan.”</p>
<p>Suhtautumisessa omaan kehoon (k = 58) Inho, häpeä, lihavuus, syömishäiriöongelmat</p>	<p>”Myös painonnonousu häiritsee, kokemus, että on väärän kokoinen. Maha on liian iso.” ”Löysä, sekä fyysisesti että dynaamisesti. Läski, mutta kannan läskini tyyllillä.” ”Ylipaino aiheuttaa kehossa ’raskautta’. Keho on minun, ja olen toisaalta tyytyväinen. Yritän ehkä jälleen pudottaa painoa.”</p>

Taulukko 8 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 8.

Teema k (koodaus) = mainintojen määrä Teeman sisältöjä	Esimerkkejä
Rauha ja vapaus liittyen yksinoloon (k = 39)	<p>”Rauhallinen.” ”Rauhallinen, vapautunut, tietoinen.” ”Toisinaan olen rennoimmillani yksikseni.” ”Rento olo.” ”Rauhallinen kokonaisuus, hyvä olo.”</p>
Ei ole sinut kehon kanssa (k = 23) Keho ei tunnu hyvältä	<p>”Tietyistä asioiden muistamisesta tulee edelleen ahdistusta ja kehon läpi iskee ikään kuin aaltona joku kuristava ja kasaan painava tunne. Jonkin verran pystyn rauhoittamaan itseäni järkiajattelulla, että ahdistus ei pääse kokonaan vallalle.” ”En ihan koe oloani/kehoani omakseni.” ”Koen kehoni olemuksen tällä hetkellä ryhdittömänä, sisäänpäin kääntyneenä ja jännittyneenä. Minulla on vaikeutta rentoutua. Kehossani tuntuu jännitteitä ja kireyttä.” ”Kehoni olemus tuntuu jännittyneeltä ja pingottuneelta, ikään kuin ’hälytysvalmiudessa’, toisaalta sen olemus tuntuu raskaalta ja hitaalta.”</p>
Miettiminen mitä muut ajattelevat (k = 22) Miettii, miten käyttäytyy Miten vetäytyy Miten kommunikoi toisten kanssa Miettii sosiaalisia rooleja	<p>”En tunne oloani enää ahdistavaksi. En välitä miltä näytän tuttujen seurassa. Nykyään jaksan enemmän kiinnittää huomiota ulkonäkööni. Pukeudun siistimmin.” ”Toiset ihmiset vaikuttavat voimakkaasti kehoni tuntemuksiin. Jännityn tai rentoudun toisten seurassa riippuen siitä, miten itse koen toisen ihmisen. Jos olen tekemisissä ihmisen kanssa, joka tuntuu jotenkin epämiellyttävältä, koen sen kehossani voimakkaana jännityksenä.” ”Huomaan pysäyttäväni kehon liikkeitä, ja pyrin kuuntelemaan toista liikkumatta, ei ole kiirettä enää. Ojentaudun toista kohti, esim. pääätä siirtämällä eteenpäin, ikään kuin kuulisin niin paremmin.” ”Keho viestii ja myöskin aistii henkistä minää.”</p>
Yksin ollessa (k = 21) Jännittyneisyys Pelko Levottomuus	<p>”Kehollani on hätä. En osaa oikein rentoutua ja ajatukset saavat monesti yliotteen minusta ja kärsin. Minun on vaikea rentoutua. Olen lähes koko ajan jännittynyt, stressaantunut.” ”Kipujen ja särkyjen takia joskus olen levottomampi. Mutta kun särty antavat periksi, olen levollinen ja tyytyväinen. Toki pelko siitä, että minulle sattuu jotain ikävää tai sairastun vakavasti, vaivaa minua edelleen ajoittain.” ”Riippuu mielentilasta. Rento ja mukava tai kireä ja ahdistunut.”</p>
Sosiaalisessa tilanteessa (k = 8) Ei kiinnitä kehoon huomiota	<p>”[Koen kehoni] luonnollisena, en ajattele kehoani.” ”En yleensä kiinnitä kehooni kauheasti huomiota, vaan keskityn asiaan, josta puhutaan tai tekstiin, jota kirjoitan. Välillä saatan huomata, että istun lytyssä, silloin korjaan asentoa.” ”Ihan ok. Ei mitään erikoisia tuntemuksia, ei mitään häiritsevää.”</p>
Yksin ollessa (k = 5) Ei tunnista, ei aisti, ei yhteyttä, ei huomioi kehoa, dissosioi	<p>”En kiinnitä siihen niin paljon huomiota. Mutta kun kiinnitän, huomio on negatiivista.” ”[Yksin ollessa koen kehoni olon] suurimmaksi osaksi hyvänä, en käytä paljoakaan aikaa kehoni tuntemuksien miettimiseen.”</p>

Vertailimme myös teemasanojen esiintyvyyden määrän muutosten tilastollista merkitystä eri mittauskertojen välillä interventiovaiheessa. Ensin testasimme t-testillä erojen merkitsevyyttä, ja havaitsimme niiden olevan tilastollisesti merkitsevällä tasolla: $\chi^2(10, N = 1\,411) = 52,62, p = 0,001$ (N = koodausten määrä). Taulukko 9 kokoaa tiedon muutoksen määrästä. TLT-intervention jälkeen tutkittavat kokivat kehonsa useammin hyvänä, sosiaalisissa tilanteissa he eivät kiinnittäneet kehoonsa enää yhtä paljon huomiota ja miettivät vähemmän, mitä toiset ajattelevat heidän kehostaan. Omaan kehoon tai sen lihavuuteen liittyvä inho väheni. Vastaajat kertoivat harvemmin, että kehoonsa ei yksin ollessa kiinnitä huomiota. Kolmen kuukauden seurantamittauksessa luokitusten määrässä oli tilastollisesti merkitsevä ero kahdessa teemaluokassa: kokemus kehon raskaudesta oli yliedustettuna seurantamittauksessa ja kehon huomioiminen sosiaalisissa tilanteissa oli edelleen vähentynyt (Pearson 0,036, korjattu ja standardoitu residuaali 2,9).

Taulukko 9. Kehonkuvakyselyn teemaluokkien yleisyys TLT-interventiota ennen ja sen jälkeen. Alkumittauksessa tutkittavia n = 132 ja jälkimittauksessa n = 115.

Teemaluokka	Lukumäärä ennen TLT-interventiota Korjattu ja standardoitu residuaali	Lukumäärä jälkeen TLT-intervention Korjattu ja standardoitu residuaali	Luokituksen suhteellisen määrän muutos mittauskertojen välillä (%)
Raskas, voimaton, huono toimintakyky	169	113	-
Oma keho on hyvä	153 ^a	154 ^b	+7,5 %
Inho, häpeä, lihavuus	105 ^b	53 ^a	-3,8 %
Ei ole sinut kehon kanssa, keho ei tunnu hyvältä	89 ^b	3 ^a	-5,5 %
Ahdistavuus tulee ilmi kehon reaktioissa; kehossa epämukavuuden tunne sosiaalisissa tilanteissa	87	62	-
Miettiminen mitä muut ajattelevat	76 ^b	31 ^a	-3,9 %
Rauha ja vapaus	39	41	-
Ei tunnista, ei aisti, dissosioi	38 ^a	45 ^b	+3 %
Jännittyneisyys, pelko, levottomuus yksin ollessa	36	25	-
Ei huomioi kehoa yksin ollessa	16	7	-
Ei kiinnitä kehoon huomiota sosiaalisissa tilanteissa	14	27 ^b	+2,9 %

^a Teemaluokka on tilastollisesti aliedustettuna.

^b Teemaluokka on tilastollisesti yliedustettuna.

4.3 Kehonkuvakyselyjen pisteytettyjen vastausten ja BDI:n keskiarvomutokset koko aineistossa

Taulukko 10 kokoaa koko aineiston osalta tiedon kehonkuvakyselyn pisteytyksestä interventiovaiheessa. Tämä antaa peruskuvan masentuneiden asiakkaiden vastaus-tasosta kehonkuvakyselyyn.

Taulukko 10. Koko aineistossa kehonkuvapisteyden keskiarvot (ka.) ja keskihajonnat (kh) kysymyskohtaisesti TLT-interventiota ennen, sen jälkeen ja 3 kuukauden seurannassa.

Kehonkuvapisteydet	Alku n = 137 ka. (kh)	Jälki n = 117 ka. (kh)	Seuranta n = 103 ka. (kh)
A – olemus	0,45 (0,63)	0,73 (0,70)	0,60 (0,69)
B – fyysinen toiminta	0,80 (0,75)	0,99 (0,75)	0,90 (0,78)
C – vuorovaikutus	0,51 (0,61)	0,62 (0,65)	0,67 (0,76)
D – kehon tila yksin ollessa	0,84 (0,77)	1,04 (0,77)	1,03 (0,82)
ABCD summa	2,60 (1,79)	3,42 (2,10)	3,26 (2,31)

Seuraavaksi muodostimme koko aineistosta osaryhmät sen perusteella, mikä tutkit-tavan tilanne oli intervention jälkeen. Jakoperusteena käytimme sitä, miten tutkittava oli jälkimittauksessa vastannut kehonkuvakyselyn kysymykseen kehon olemuksesta (kysymys A). Tutkittavat luokiteltiin kolmeen ryhmään: 1) kehon olemus koettu negatiivisena; 2) kehon olemus koettu neutraalina; 3) kehon olemus koettu positiivise-na (taulukko 11, s. 48). Tämän ryhmittelyn avulla voidaan tarkastella, millaiset erot ryhmien välillä on kehonkuvan muutoksessa tutkimusjakson aikana. ABCD-sum-mamuuttujan vaihteluväli voi olla 0–8 pistettä.

Nämä keskiarvot osoittavat, että suurella osalla tutkittavista kehonkuvassa tapahtui myönteinen muutos. Aineisto myös osoittaa, että niillä tutkittavilla, joilla interven-tion jälkeen oli kielteinen kokemus olemuksestaan, oli lähtökohtaisesti ollut eniten negatiivisia sisältöjä kehonkuvassaan. Heillä muutos kehonkuvassa tutkimusjakson aikana oli vähäinen ja tutkimusjakson kielteiset sisällöt kehon kokemuksessa lisääntyvät, sillä kehonkuvan pistemäärä laski. Kuitenkin myös näiden tutkittavien mieliala koheni hieman tutkimusjakson aikana. Suurimman hyödyn TLT-interventiosta sai-vat ne tutkittavat, joiden kokemus kehonsa olemuksesta oli myönteinen intervention jälkeen. Heidän kehonkuvassaan oli lähtökohtaisesti eniten positiivisia sisältöjä, vaika heidän masennuksensa oli alussa yhtä vaikea-asteista kuin neutraalin vastauksen antaneilla. Realistista on huomata, että heidän kehonkuvapistemääränsä keskiarvo osoittaa neutraaleja ja myös jonkin verran positiivisia sisältöjä kehonkuvassa. Tällä tavalla ryhmiteltyinä aineistossa positiivisimman kehonkuvan osaryhmällä mieliala oli keskimäärin normaalilla (BDI alle 10) tasolla seurantamittauksessa. Toistomit-

tausten varianssianalyysi osoitti, että muutos oli kehonkuvan osalta merkitsevästi erilainen näiden kolmen ryhmän välillä: $F(4,174) = 9,438$, $p < 0,001$, $\eta^2_p = 0,178$.

Taulukko 11. Kehonkuvakyselyn kysymyskohtainen keskiarvo ja BDI:n keskiarvo jokaiselta mittaukserralta, kun kehon olemus on jälkimittauksessa koettu negatiivisena, neutraalina tai positiivisena.

	Olemus negatiivinen (n = 49) ka. (kh)	Olemus neutraali (n = 51) ka. (kh)	Olemus myönteinen (n = 17) ka. (kh)
Alkumittaus			
A – olemus	0,35 (0,60)	0,47 (0,62)	0,71 (0,77)
B – fyysinen toiminta	0,60 (0,71)	1,04 (0,75)	1,00 (0,79)
C – vuorovaikutus	0,54 (0,62)	0,47 (0,58)	0,71 (0,77)
D – kehon tila yksin ollessa	0,71 (0,74)	0,83 (0,76)	0,94 (0,75)
ABCD summa	2,21 (1,73)	2,81 (1,65)	3,35 (2,10)
Jälkimittaus			
A – olemus	0 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,0)
B – fyysinen toiminta	0,53 (0,69)	1,20 (0,61)	1,65 (0,49)
C – vuorovaikutus	0,35 (0,57)	0,78 (0,59)	0,88 (0,78)
D – kehon tila yksin ollessa	0,70 (0,75)	1,16 (0,64)	1,65 (0,70)
ABCD summa	1,52 (1,32)	4,16 (1,23)	6,18 (1,13)
Seurantamittaus			
A – olemus	0,31 (0,53)	0,65 (0,71)	1,00 (0,73)
B – fyysinen toiminta	0,46 (0,65)	1,04 (0,79)	1,44 (0,63)
C – vuorovaikutus	0,43 (0,69)	0,80 (0,79)	0,88 (0,81)
D – kehon tila yksin ollessa	0,72 (0,78)	1,00 (0,79)	1,75 (0,58)
ABCD summa	1,94 (1,85)	3,56 (2,31)	5,06 (1,88)
Masennusoireet ryhmissä			
BDI alku	23,94 (9,47)	19,65 (7,10)	20,06 (9,25)
BDI jälki	19,77 (9,75)	14,15 (8,39)	10,50 (6,44)
BDI seuranta	19,40 (9,62)	14,76 (7,03)	9,93 (7,43)

Aineistossa ilmenevien muutoslinjojen hahmottamiseksi hieman toisesta näkökulmasta taulukko 12 (s. 49) näyttää, millaisia BDI:n keskiarvon muutoksia tapahtui tutkittavissa, kun tutkittavia ryhmiteltiin kehonkuvakyselyn alkupistemäärän tason mukaan. Kun lähtötaso kehonkuvan osalta oli vaikea (0 p.), kehonkuva muuttui TLT-intervention jälkeen myönteisemmäksi ja myös BDI-pisteet paranivat huomattavasti. Keskimäärin 3 kuukauden seurannassa näillä tutkittavilla masennus oli lieväästeistä. Kun lähtötaso kehonkuvan osalta on myönteisintä, mitä tässä aineistossa oli,

(BIA \geq 6), BDI-pisteissä tapahtui kohtalaisen paljon myönteistä muutosta ja 3 kuukauden seurannassa tutkittavat olivat jo hyvin lähellä normaalivointia. Näillä tutkitavilla kuitenkin kehonkuvapistemäärä heikkeni, mikä laadullisten vastausten sisällöt tietäen liittyi siihen, että vastauksissa kuvattiin jälkimittauksessa enemmän kehon huomioimattomuutta sosiaalisissa tilanteissa. Huomioimattomuus pisteytettiin tutkimuksessa negatiiviseksi ilmiöksi, koska se ymmärrettiin yhteyden ohuutena suhteessa omaan kehoon. Toisinaan tämä kuitenkin on ihmisille ominainen toimintatapa ja selviytymiskeino pyrittäessä säätämään olotilaa ja annettaessa huomiota ympäristöön.

Taulukko 12. BDI ja kehonkuvakyselyn pisteytyksen keskiarvojen muutokset alku- ja jälkimittauksen välillä, kun ryhmittelyn perustana on kehonkuvapisteen alkutaso (n = 137).

Alkukehonkuvapisteen (summa ABCD)	BDI muutos alku-jälki	BDI 3 kk (ka.) seurannassa	Kehonkuvapisteen pistemäärämuutos alku-jälki	Ryhmän koko
≥ 6	-4,72	11,71	-1,68	7
≥ 5	-3,79	12,00	-0,70	22
3-4	-4,53	14,64	+0,22	43
1-2	-6,34	18,40	+1,35	56
0	-6,93	17,22	+2,45	16

5 Tutkittavien palaute tanssi-liiketerapiajaksosta

Tutkittavien palautteista käy ilmi, että kuntoutujat odottivat muutosta elämäänsä. He odottivat masennuksen vähenevän ja kehontuntemuksen lisääntyvän. Lisäksi he toivoivat vuorovaikutustaitojen vahvistuvan ja odottivat muutosta omaan tapaansa olla suhteessa ympäristöön.

”Yllätyin, miten paljon kehollinen työskentely voi auttaa sairauden kanssa selviytymisessä, ja sanoittaa sellaisia tunteita, tuntemuksia ja ajatuksia, joille ei löydy sanoja tai jotka ovat liian kipeitä, että niistä pystyisi puhumaan ääneen. Kehon ja liikkeen kielen kautta pääsin vaikeiden asioiden käsittelyssä uudelle tasolle. Huomasin muutoksia myös voinnissani: koin monen kokoontumisen jälkeen, että olen jollakin tavoin voimaantunut niin fyysisesti kuin psyykkisesti.”

”Terapiamuotona tämä oli parasta, mitä minulle on tapahtunut. Jopa parempaa kuin keskusteluterapia. Toivoisin tämän jatkuvan Kelan tai jonkun muun tahon kautta jo työelämästä pois jääneille varsinkin. Myös toki muillekin. Tehokasta terapiaa.”

Työskentelyn rakenne ja sen tiiviys koettiin toimivaksi. Ryhmä oli pääasiassa odotusten mukainen ja hyvä kokemus sekä interventioryhmäläisille että kontrolliryhmäläisille sitten, kun he saivat ryhmäjakson odotusvaiheen jälkeen. Sisällölliset teemat, joita ryhmissä työstiin tanssi-liiketerapeutin ohjauksessa, tuntuivat mielekkäiltä ja ryhmän ohjaajaan oltiin tyytyväisiä. Terapeuteilta odotettiin vahvaa osaamista ja ammattitaitoa selvitä haastavistakin tilanteista.

”Mielestäni meillä oli hyvä, luottamuksellinen ryhmä. Erilaisia ihmisiä, mutta yhteyden tunne ainakin minulle läsnä. Ohjaaja osasi sopivalla tavalla yhdistää ja käsitellä vaikeitakin tilanteita.”

Yksityiskohtaisempi analyysi koko palauteaineistosta nimenomaan tutkittavien kehollisista muistoista TLT-interventiosta on kuvattu Levaniemen ja Maaskolan (2019; taulukko 13, s. 51) pro gradu -tutkielmassa sekä Hyvösen ym. artikkelissa (2020). Keholliset muistot ja kokemukset ovat merkityksellisiä tekijöitä masennuksen hoidossa, koska masennus on luonteeltaan psykofyysinen sairaus. Ryhmäläisten kehollisten muistojen kautta on mahdollista tarkastella kehollisuuden roolia tanssi-liiketerapian vaikuttavuuden perustana ja sitä, miten sen merkitys tulee näkyviin ryhmäläisten sanallistaessa muistojaan ryhmässä saaduista kokemuksista. Analyysin kautta hahmotetut merkityskokonaisuudet alateemoineen osoittavat, että terapiaprosessissa kokemuskirjo oli laaja, mutta vaikeatkin kokemukset kohdattiin turvallisella, kannattavalla tavalla. Tämä auttoi tutkittavia käsittelemään kokemusmaailmaansa hieman uudelleenlaisiksi. Vaikeat kokemukset voivat tulla esille ja kuulluksi kehollisten tunteusten kautta. Terapeuttien on tärkeää tiedostaa ja huomioida ryhmässä koettuja kipeitäkin kehollisia kokemuksia, joita voi sillä hetkellä olla vaikea sanoittaa. Vaikeat kokemukset saattavat selkiytyä ja jäsentyä ryhmäläiselle terapiaryhmän aikana. Näi-

den vaikeiden kokemusten kohtaaminen ryhmässä voi vähentää terapiaryhmiin liittyviä keskeytyksiä ja toisaalta tarjota ryhmäläisille korjaavia kokemuksia.

Vaikeiden muistojen ja kokemusten kohtaaminen terapiassa tuotti ryhmäläiselle hetkellisesti epämiellyttäviä tuntemuksia, mutta niiden selättämistä seurasi kuitenkin lopulta hyvänolontunne, joka tuntui kehon vapautumisena ja keventymisenä. Niin ikään rentoutuminen ja elinvoimaisuus kytkeytyivät usein kokemuksellisesti toisiinsa ja nousivat esille samoissa vastauksissa.

Taulukko 13. Palautteessa kuvattujen kehollisten muistojen merkityskokonaisuudet, alateemat ja avainsanat.

Merkityskokonaisuudet	n	Alateemat	Avainsanoja
1. Tiedostettu keho	22	Mieli–keho-yhteys, liikelaadut, materiaallinen keho, kehon kuunteleminen	Tunnetilat, tunteet, ajatukset, vaikutus, mieli, keho, liikelaadut, löytäminen, havaitseminen, tiedostaminen, kokonaisuus, yhteys, kuuntelu, huomaaminen, tarpeet, aistiminen, tunteminen
2. Kehon tilassa	29	Tukeutuminen, kehon ääriviivat, tilaan kurottuminen, turvatilat, rajanylitykset	Musiikki, turva, turvapaikka, rajat, pesä, tila, asento, juurtuminen, tutustuminen, asettuminen, maadoittuminen, auki, kurottaa, tuki, tilankäyttö, tilakokemus, kehonkuva, kehon rajat, ääriviivat, ulottua, lattia
3. Kontakti	33	Yhdessä tekeminen, kosketus, luottamus, nähdyksi tuleminen	Kannattelu, kontakti, tukeutuminen, tuki, katse, yhdessä, piiri, vuorovaikutus, kohtaaminen, ryhmä, läheisyys, kosketus, vastakkain, kädet, lämpö, hauska, luottamus, uskallus, kannustus, ilmapiiri, hyväksyntä, lohtu
4. Kehoon tallentuneet muistot	19	Lapsuusmielikuvat, syvältä kumpuavat kokemukset, arvaamaton kehomaisti	Mennyt, muisto, roolit, menneisyys-nykyisyys-tulevaisuus, kohtu, lapsuus, vauva, patouma, syvällä, purkautua, muisti
5. Kipeät kokemukset	17	Somaattiset tunteet, kipu, pelko, ahdistus	Lukkiutuminen, jännitys, hytinä, palelu, tärinä, epämukavuus, paine, ahdistus, rinta, hallitsematon, paha olo, arvaamaton, synkkä, vaarallinen, kipu, särky, pakotus, pää, pelko, suru, negatiivinen
6. Rentoutuminen	33	Salliva terapiatila, harjoitteiden jälkeinen rentoutuminen, jännityksen purkautuminen, hengitys, keveys	Rento, rentoutuminen, hengitys, keskivartalo, rinta, vapautuminen, keveys, hypähtely, leijailu, levollinen, rauhoittava, höyhen, siivet, vesikasvi, pesä
7. Elinvoima	35	Voimautuminen, ilo, rohkeus, vapaus	Uskallus, uskaltaa, heittäytyminen, eläytyminen, vapautuminen, vapauttava, vapaa, rohkeus, irrottelu, helpous, ilo, miellyttävä, tunne, ilmaisu, avoin, elo, elämänvoima, voima, voimaannuttava, energia, väsymys, hauska, euforia, voittajaolo, leikkisyyttä

6 Pohdinta

6.1 TLT-tutkimuksen kohderyhmä ja vaikuttavuus

Tutkimuksen päätulokset osoittivat, että ryhmämuotoinen TLT-interventio (20 x 75 min, 2 krt/vk) hyödytti kuntoutujia: heidän mielialansa koheni ja suurimmalla osalla kehonkuva muuttui myönteisemmäksi. Satunnaistetussa tutkimusasetelmassa ryhmän sisäiset efektikoot (d) interventioryhmässä vaihtelivat tutkimusjakson (alkumittaus–seurantamittaus) aikana välillä 0,53–0,89 ja kontrolliryhmässä välillä 0,01–0,21. BDI:n osalta tarkasteltuna efektikoko interventioryhmässä oli $d = 0,81$ ja kontrolliryhmässä $d = 0,21$. Koch ym. (2019) ovat julkaisseet meta-analyysin TLT:n ja tanssin terveysvaikutuksista yleisemmin. Tässä analyysissä yhtenä osakysymyksenä oli tanssin ja TLT:n vaikuttavuus masennuksen hoidossa. Meta-analyysin tuloksena oli efektikoko $d = 0,54$ (*random effect model*) ja Koch ym. tulkitsevat sen osoittavan, että TLT-interventio vähentää masennusta. Myös Karkoun ym. (2019) tuoreessa meta-analyysissä TLT:n käytöstä masennuksen hoitomuotona todetaan, että TLT on vaikuttavaa. Karkoun ym. analyysin tulokset perustuvat vahvasti myös Suomessa tehtyihin tutkimuksiin. Sekä Koch ym. että Karkou ym. huomauttavat meta-analyysissaan, että TLT-tutkimuksessa on ollut metodologista kirjoa ja puutteitakin, mm. kontrolliryhmiä ei ole voitu käyttää.

Tutkimuksemme vaikuttavuustulosta voidaan verrata Cuijpersin ym. (2008) tekemään psykoterapian meta-analyysiin, jossa vertailtiin eri psykoterapiasuuntausten vaikuttavuutta erilaisten masennusten hoidossa. Tässä meta-analyysissä mikään psykoterapiamuoto ei osoittautunut muita selvästi paremmaksi, mutta vahvimman tuloksen toi IPT (interpersoonallinen psykoterapia), jossa efektikoko $d = 0,20$. Cuijpers ym. (2010) ovat julkaisseet myös toisen meta-analyysin samasta aineistosta, ja siinä ryhmäterapian efektikoko $d = 0,31$. Psykoterapiatutkimuksen meta-analyysi on myös osoittanut, että itsearviointimittareilla kuvautuu pienempiä efektikokoja kuin kliinikon arvioon perustuvilla mittareilla (Cuijpers ym. 2010).

Tutkimushankkeessamme tutkittavista 58 % käytti masennuksen hoitoon lääkitystä. Suomessa masennuksen Käypä hoito -suositus (2020) ohjeistaa lääkityksen käyttöön masennuksen hoidossa. Lääkityksen merkitys osana hoitoa nähdään sitä tärkeämpänä, mitä vaikeammasta masennuksesta on kysymys. Masennuslääkityksen vaikuttavuudesta Käypä hoito -suosituksessa (2020) viitataan tutkimuksiin ja meta-analyysihin, joista loppupäätelmänä on se, että masennuslääkityksen vaikuttavuus on luotettavasti osoitettu. Lääkityksen vaikuttavuustutkimuksissa usein tutkimusjakso on ollut lyhyt, keskimäärin 7,2 viikkoa (Undurraga ja Baldessarini 2012). Näissä tutkimuksissa tyypillisesti lääkevästee kriteerinä oli 50 %:n lasku oirepisteissä tai oireettomuus. Turnerin ym. (2008) tutkimuksessa julkaistujen tutkimusten tuloksissa lääkityksen efektikoko oli *Hedgesin* $g = 0,41$ ja julkaisemattomien tutkimusten tuloksissa *Hedgesin* $g = 0,31$. Suomalaisessa laajassa kyselyaineistossa (Hiilamo ja Tuulio-Henriksson 2012) noin 30 % vastaajista ilmoitti, että lääkitys oli auttanut heitä

toipumaan masennuksesta. Toisaalta lääkityksen hyödyllisyydestä on tieteellisissä ja ammatillisissa julkaisuissa esitetty myös tuloksia, joissa antidepressanttien vaikutus ei ole ollut lumelääkitystä tehokkaampaa. Esim. Moncrief ja Kirch (2005) kirjoittavat, että meta-analyyseissä on todettu, ettei SSRI-lääkitys ole kliinisesti hyödyllisempää kuin plasebo. Heidän mukaansa pitkäaikaiskäytössä ei ole havaittu, että antidepressantit vakuuttavasti pystyisivät vähentämään itsemurhatapausten määrää tai auttamaan masennuksesta toipumisessa.

Omassa tutkimushankkeessamme useat tutkittavat toivat kehonkuvakyselyn vastauksissa esiin, että lääkkeiden käytön aikana heidän painonsa on noussut, ja painon nousu on tuottanut negatiivisuutta siihen, miten on suhteessa omaan kehoonsa, ts. se vaikeuttaa asiakkaan vointia masennuksessa. Tutkimuksemme kontrolliryhmäläisistä 53 % käytti mielialälääkitystä. Aineistomme osoitti, että kontrollijakson aikana heidän voinnissaan ei tapahtunut merkittävää muutosta, mutta interventiovaiheessa, jolloin he tavanomaisen hoidon lisäksi saivat ryhmämuotoisen TLT-jakson, muutosta voinnissa ilmeni. Näistä tiedoista muotoutuu kuva, että masennuslääkitys siis voi hyödyttää osaa potilaista, mutta on myös paljon masennuksesta kärsiviä henkilöitä, joiden vointia masennuslääkitys ei kohenna riittävästi. Tarvitaan myös muita hoitomuotoja.

Tutkittavien rekryointivaiheessa yhteydenottoja tuli paljon, mutta tutkimusasetelman vuoksi jouduimme jättämään tutkimuksen ulkopuolelle ne henkilöt, jotka jo olivat kuntoutuspsykoterapiassa tai olivat terapiajaksonsa saaneet päätökseen alle viisi vuotta sitten. Tärkeä havainto rekryointivaiheessa oli se, että monet psykoterapiassa käyvät pitivät tarpeellisena vahvistaa terapiaa kehollisella ja kehon tuntemukset huomioivalla työskentelytavalla.

6.2 TLT-intervention ryhmämuotoisuuden tuomat mahdollisuudet ja haasteet

On tärkeää ymmärtää, että masennusta on monenlaista sekä vakavuusasteeltaan, kestoltaan että taustasyiltään. Tutkimuksemme tuo selvästi esiin, että masentuneiden asiakkaiden elämänhistoriassa on ollut paljon negatiivisia vuorovaikutuskokemuksia: turvattomia lähi-ihmissuhteita, koulukiusaamista, lähisuhdeväkivaltaa, seksuaalista häirintää tai seksuaalista väkivaltaa. Nämä ovat tapahtumia, jotka koetaan myös hyvin kehollisesti, ei ainoastaan mielen tasolla. Myös masennuksen kriteereinä ICD-10:ssä mainitut oireet ovat luonteeltaan sellaisia, että ne tuntuvat oleellisesti myös kehossa. Tutkimuksemme kehonkuvakysely tuo selkeästi esiin sen, että masentuneiden asiakkaiden kehonkuva on epämukava, heillä on suuria vaikeuksia olla omassa kehossaan ja käyttää sitä. Heillä on myös jännittyneisyyden ja uhan tuntemuksia. Nämä ovat masennuksen ydinproblematiikkaa kokemuksellisesti, matalan energiatason lisäksi, joten masennuksen hoidossa näitä ilmiöitä on pystyttävä huomioimaan ja käsittelemään asiakasta kunnioittavalla tavalla niin, että hänen toimijuutensa voi vahvistua. TLT:n toimintatavassa tämä toteutuu.

Tässä tutkimuksessa toteutettiin TLT-interventio ryhmämuotoisena. Ryhmä on oma tekijänsä tällaisessa työskentelyssä. Ryhmä voi olla osallistujalle haaste, sillä useilla asiakkailla on negatiivisia kokemuksia vuorovaikutuksesta ja ryhmään osallistuminen jännittää. Ryhmä kuitenkin tarjoaa yksilöterapiaan verrattuna monimuotoisemman vuorovaikutustilanteen, jossa ryhmäläinen altistuu monille sosiaalisen vuorovaikutuksen tekijöille. Ryhmä mahdollistaa sosiaalisuutta, kuulluksi ja nähdyksi tulemisen kokemuksia, vertaistukea, toimimista toisia varten sekä mahdollisuuksia ottaa vastaan, mitä toiset tarjoavat. TLT-ryhmässä myös ääneen sanoitetusti keskustellaan siitä, että kunkin kehollista kokemusta kunnioitetaan ja kukin itse voi päättää, miten kehollaan voi olla osallisena toiminnassa. Tällä pyritään edistämään sitä, että vuorovaikutustilanteisiin voi alkaa rakentua turvallisuutta.

TLT-ryhmä tarjoaa toimintaympäristön, jossa vuorovaikutusta voi syntyä ja toteutua. Suomalaisessa masennustutkimuksessa on todettu, että yksinäisyys ja sosiaalinen ulkopuolisuus ovat masennuksessa keskeisiä ilmiöitä, jotka ruokkivat masennusta (Hiilamo ja Tuulio-Henriksson 2012). Ideaalia olisi, jos TLT-ryhmäterapiajakson jälkeen asiakkaan arjen ympäristöstä olisi löydettävissä ryhmiä, joissa saman tyyppinen liikkuminen voisi jatkua: turvallinen, ei-suorituskeskeinen, kehon kokemuksellisuutta tutkiva, luova, leikkilinen, vapauttava ja myös kehoa rauhoittava. Näin ihmiset voisivat sisällyttää tavanomaisen elämisensä puitteisiin toimintaa, jolla vaalia ja ylläpitää myönteistä kehosuhdetta ja sosiaalisuutta. TLT:n vahvuus on se, että taidepohjaisena menetelmänä sen käyttö myös terveydenhuollon ulkopuolella, osana yhteisöllistä toimintaa ja liikunta- ja kulttuuritoimintaa, on joustavasti ja monipuolisesti mahdollista. Näitä käytäntöjä ei toistaiseksi ole kuitenkaan riittävästi luotu.

Kaikki masennuksesta kärsivät henkilöt eivät pysty osallistumaan ryhmämuotoiseen TLT:aan. Heille ajatus liikkumisesta yhdessä toisten kanssa ja ryhmässä olemisesta voi tuntua ylivoimaiselta. Tällaisessa tilanteessa olisi suotavaa, että olisi mahdollista tarjota TLT-yksilötyöskentelyn jakso. Kaikkien asiakkaiden kohdalla tämäkään ei ole toteutettavissa, koska asiakas voi kokea, että hän ei halua työskennellä liikkeellisesti. Hän voi kokea TLT:n vieraaksi tai jopa uhkaavaksi lähestymistavaksi. Vuorovaikutukseen perustuva työskentely voi tuottaa tulosta, jos asiakas on lähtökohtaisesti jossain määrin myönteinen terapiatyöskentelylle. Useimmat asiakkaat kuitenkin toivovat, että he voisivat toipua masennuksestaan, joten asiallisen tiedon tarjoaminen siitä, millainen kehosuhde on tyypillinen masennuksessa ja miten masennus vaikuttaa kehon kokemuksessa, voi olla tärkeää hoitotahojen ja terveydenhuollon tarjoama psykoedukaatiota. Asiakkaat voivat myös itse ajatella ja muuttaa suhdetta omaan kehollisuuteensa, jos he ovat saaneet tietoa asiasta. Hoidossa ja kuntoutuksessa kehollisten kokemusten tunnistaminen ja nimeäminen on validoivaa, nykyhetken tunnistamista, ja se voi avata reittiä masennuksesta kuntoutumiselle.

Suomalaisessa terveydenhuollossa masennus ymmärretään monitekijäiseksi ja monitahoiseksi sairaudeksi. Spesifien hoitomuotojen lisäksi elämäntilanteen tutkiminen

ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen nähdään tarpeelliseksi (PALKO 2018; Käypä hoito -suositus 2020). Hiilamo ja Tuulio-Henriksson (2012) esittävät tiivistetysti erilaiset katsantotavat masennukseen. Masennuksen ymmärretään olevan hoidettavissa psykologisesta näkökulmasta, jolloin painotetaan ihmissuhteiden ongelmia tai asiakkaan ajatusmalleja. Sosiaalisesta näkökulmasta keskeisiä ovat yhteiskunnalliset rakenteet ja esimerkiksi työn tai taloudellisen tilanteen tuoma stressi, ja näihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan ja näitä muuttamaan. Biologisessa lähestymistavassa masennuksen keskeiseksi syyksi nähdään neuraalisen säätelyn ja biokemiallisen tilan epätasapaino ja tämän kehollisen informaation kulun häiriintyminen. On tärkeää, että masennusta kyetään ymmärtämään näistä useista tulokulmista ja sitä kautta hahmotamaan masennuksen systeeminen luonne. Eri tulokulmien korostamat interventiotavat integroituvat TLT:ssä, jossa työskennellään toiminnallisesti, kehollisesti, vuorovaikutteisesti ja kokemuksia myös sanallistaen. TLT:ssä liikkeellinen toimiminen vaikuttaa kehon tilaan ja stressitasoon, kehon vuorovaikutuksellisuus ja sosiaalisen kokemuksen ilmentyminen kehossa tunnistetaan ja näistä kokemuksen sisällöistä myös keskustellaan.

6.3 TLT-ryhmäinterventio rakentuminen

Liikkumisen hyödyt terveydelle on usein todettu. Masennuksen hoidossa liikunta on havaittu todennäköisesti hyödylliseksi, jos se on säännöllistä ja ryhmämuotoista (Isometsä 2020). Liikunnan harjoittamisessa on kuitenkin havaittu se ongelma, että asiakkaat eivät välttämättä sitoudu siihen. Suomalainen liikuntasuositus aikuisikäisille (UKK-instituutti 2019) nostaa esiin sen, että kaikki liikunta on hyödyksi, ja myös vähäisesti rasittava liikkuminen on keholle ja voinnille suotuisaa. Fyysisesti vilkkaamman tai raskaamman liikkumisen kohdalla ongelmana voi olla se, että vakavasti masentuneet henkilöt eivät psyykkisesti eivätkä fyysisesti kykene sellaiseen, tai jos kykenevät, se jää satunnaisiksi kerroiksi. Pettymys omasta liikkumattomuudesta, kykenemättömyydestä toimia terveyttä edistävien suositusten mukaisesti ja riittämättömyyden tunne tämänkin vuoksi eivät edistä masennuksesta toipumista. Siksi on hyödyllisintä lähteä rakentamaan reittiä omaan liikkumiseen ja kehosuhteen vahvistamiseen siltä tasolta, millä masentunut asiakas on, eikä yleisten suositusten kautta. TLT-työskentelyssä toimitaan näin, sillä TLT on intensiivisyydeltään lähinnä kevyttä liikuntaa, ja sen etuna on se, että masentuneet asiakkaat pystyvät sitoutumaan siihen. Liikuntasuositus tuo näkyväksi myös sen, että keholliseen toimimiseen täytyy sisältyä riittävä uni ja lepo. TLT:n on havaittu vähentävän uniongelmia masennuspotilailla (Pylvänäinen ja Lappalainen 2018), eli se myös edistää unen laatua. Liikuntasuositus nimeää tarpeellisena myös liikehallinnan säännöllisen kehittämisen, ja tässä TLT:ssä tehdyt kehotietoisuusharjoitteet ja tanssiin sisältyvä kehon liikkeiden koordinoiminen voivat olla hyödyksi.

Masentuneet ovat oma asiakasryhmänsä TLT:ssä, ja tutkimus (Punkanen ym. 2014; Pylvänäinen ja Lappalainen 2018) heidän kokemusmaailmastaan on auttanut tunnistamaan teemoja, jotka ovat heidän terapiassaan olennaisia. Tämän tutkimushankkeen

intervention rakenne pohjautuu tähän aiempaan tutkimukseen. Masennusoireilun vähentyminen intervention myötä viittaa siihen, että intervention rakenne on toimiva. Oman kehon aistiminen, vuorovaikutteisuuteen pääsy ja liikekokemusten elämyksellisyys kuvastuivat palautteissa, joita TLT-intervention jälkeen tutkittavat kuvasivat kehollisissa muistoissaan ryhmästä. TLT-ryhmissä käytettyjen harjoitteiden ja toiminnan on tarpeellista siis tukea kehotietoisuutta ja aistimista, vuorovaikutusta kehon ja mielen välillä, vuorovaikutusta ryhmäläisten välillä sekä elämyksellisyyttä liikelaatujen ja liikkeen metaforisuuden kautta. Lisäksi oleellista on, että ryhmän työskentelyssä keskeisesti pyritään luomaan riittävää turvallisuutta yksilön omaan kehollisuuteen ja ryhmän yhteiseen vuorovaikutukselliseen tilaan. Tämä mahdollistaa työskentelyä ja voi vaikuttaa myös muun muassa osallistujien stressitasoon.

Terapeuttien omissa kommentteissa usein kuului se, että ryhmäkerran 75 minuutin kesto oli lyhyt. Varsinkin, jos ryhmäkoko on 8–10 osallistujaa, näin lyhyessä ajassa keskustelulle ja jakamiselle jää liian niukasti aikaa, kun puheenvuoron tarvitsijoita on useampia. 90 minuutin kesto voisi olla toimivampi. Aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa masennuksen hoitoon käytettyjen TLT-interventioiden kesto on ollut 12 x 90 minuuttia kerran viikossa, ja myös tällä saatiin hyviä tuloksia. Karkou ym. (2019) pohtivat, voiko kerran viikossa toteutuva ryhmä edistää sitä, että osallistujat saavat hieman enemmän aikaa integroida omaa kokemustaan ryhmäkertojen välillä.

Tanssi-liiketerapeutit koulutettiin tutkimushankkeessa käytettyä interventiota varten. Tämä osaaminen on nyt kentällä olemassa, ja myös malli siihen, miten jo ammattissa toimivat tanssi-liiketerapeutit voidaan kouluttaa tämän intervention toteuttamiseen. Tässä on hyvä resurssi käytettäväksi masennuksesta kärsivien kuntoutuksen kohentamiseksi. Taideterapiapohjaisena interventiona TLT-ryhmissä on luontaisesti mukana toipumisorientaation (Nordling 2018) keskeisiä teemoja: asiakkaan voimavarojen vahvistaminen, osallisuus, elämän merkityksellisyyden kokemuksen vahvistaminen ja toiveikkuuden ylläpitäminen. Asiakas itse on osallinen omien tavoitteidensa hahmottamisessa ja aktiivinen toimija niitä kohti pyrkiessään. Terapeutti ei asetu sanelemaan toimintaa, vaan toiminta on vuorovaikutuksen kautta avautuvaa.

6.4 Ketkä hyötyvät TLT-ryhmäjäksosta ja miten intervention lyhytkestoisuus ja asiakkaan kehonkuvan laatu vaikuttavat muutokseen?

Tässä hankkeessa tutkittu interventio oli lyhytterapiaa. Suomessa kuntoutuspsykoterapia, joka on yleinen masennuksen kuntoutusmuoto, on pitkäkestoista terapiaa. Terapian kesto ja tieto siitä, että terapia on aikarajoitteista, vaikuttavat siihen, miten asiakas ja terapeutti kokevat työskentelyn (De Geest ja Meganck 2019). Lyhytkestoisessa terapiassa tieto ajan rajallisuudesta tuottaa tietoisuuden siitä, että muutoksen saavuttamiseksi täytyy työskennellä siinä ajassa, mikä on käytettävissä. Pitkän ja lyhyen terapian hyödyt voivat olla erilaiset ja ne voivat palvella erityyppisiä asiakkaita erityyppisissä toipumisen vaiheissa. Tämä on tärkeä ymmärtää ja asiakkaan kanssa

yhteistyössä on pyrittävä realistisesti tunnistamaan, missä kohtaa hän on muutokseen menossa.

Palveluntarjonnassa pitäisi olla kirjoa ja monimuotoisuutta, jotta voidaan tarjota kulloiseenkin tilanteeseen sopivinta hoitoa ja kuntoutusta. Hankkeeseemme osallistuneet tutkittavat pystyivät hyötymään lyhytkestoisesta ja aikarajoitteisesta ryhmäinterventiosta. Kaikki osallistujat tiesivät, että työskentely on aikarajoitteista. Vain harva jätti osallistumisen TLT-ryhmiin kesken, ja intervention määräaikaisuus saattoi vaikuttaa tähän suotuisasti. Ryhmässä loppuun asti mukana pysyminen antaa ryhmäläiselle eheämmän kokemuksen kuin keskeyttäminen, joten tämä puoltaa intervention tarjoamista lyhytkestoisena.

Psykoterapian alalla on käsitys, että vaikeammat mielenterveyden ongelmat, mm. vakava depressio, persoonallisuuden piirteistä johtuvat ongelmatilat ja kompleksinen traumatisaatio vaativat pitkäkestoisemman hoidon ja terapian (De Geest ja Meganck 2019). Koko aineistoa tarkasteltaessa tutkimuksemme interventiovaiheessa on havaittavissa, että tutkittavilla, joiden masennusoireilu oli alkumittauksessa vaikea-asteisinta, myös kehonkuvan sisällöt olivat negatiivisimmat. Lyhyen TLT-intervention aikana heidän mielialassaan tapahtui kohentumista ja myös kehonkuvassa ilmeni laadullinen myönteinen muutos. Aineiston toisena ääripäänä ovat ne tutkittavat, joiden kehonkuva alkumittauksessa oli suotuisimmalla tasolla (kehonkuvapisteyden summa ≥ 5 pistettä), joiden masennusoireet olivat lievimmät ja joiden vointi seurannassa alkoi olla jo varsin lähellä normaalivointia. Voisi olla hyödyllistä, jos potilaat, joiden oireilu alkumittauksessa on vaikeampiasteista sekä kehonkuvan että masennusoireilun mittareilla mitattuna, voisivat jatkaa ja osallistua toiseen TLT-ryhmäjakssoon. Vaikeampi problematiikka voi vaatia pitempiaikaisen mahdollisuuden osallistua kuntoutukseen.

6.5 Huomioita ikääntyneiden ja nuorten masennuksen hoitamisesta TLT:lla

Tutkimuksessa oli mukana pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien masentuneiden pieni osaryhmä, johon osallistuneet olivat 56–64-vuotiaita (ka. = 60 v). Ryhmä oli pieni ja siinä oli eroja hyötymisen suhteen, mutta yleiskuva oli, että TLT-interventio paransi näiden tutkittavien vointia. Väestön ikääntyessä ja mielialaongelmien ollessa yleisiä myös vanhemmissa ikäryhmissä on tarpeellista kehittää ikääntyneiden terveyden tukemisen keinoja ja masennuksen toimivia hoitomuotoja näille ihmisille. Tutkimuksemme tuoma tulos tämän vanhemman, jo eläkkeellä olevan ikäryhmän osalta kannustaa tutkimaan laajemmin TLT:n käyttämistä myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ja ikääntyneiden masennuksen hoidossa. Oleellinen pyrkimys ikääntyessä on toimintakyvyn säilyttäminen: niin psyykkisen, sosiaalisen kuin fyysisen toimintakyvyn (Salunen 2019). TLT:n menetelmät voivat tarjota toimintamuotoja, joilla voi huomioida noita kaikkia toimintakyvyn tasoja. Toimintakyky parantaa yksilön elämänlaatua mutta vaikuttaa lopulta oleellisesti myös SOTE-kuluihin, sillä toimintakykyinen henkilö ei tarvitse ympärivuorokautista laitoshoitopaikkaa.

Tutkimushanke kohdistui ensisijaisesti työikäiseen aikuisväestöön ja heille TLT-interventio oli hyödyllinen. Nykytilanteesta tiedetään, että nuorten mielenterveysongelmat ovat varsin yleisiä (Kanse ym. 2018). Kouluikäisten ja yläasteikäisten nuorten liikkumisen määrä on hälyttävän vähäistä, ja se heijastuu myös heidän liikkumistaitoihinsa (Kokko ja Martin 2019). Tiedetään, että liikkumattomuus ja mielialaongelmat ilmenevät usein rinnakkain. Aikuisaineistossa tuloksemme on, että kielteisempi kokemus omasta kehosta on yhteydessä vakavampaan masennusoireiluun. Olisi syytä tutkia ja kehittää sitä, kuinka TLT:n menetelmillä voidaan tukea lasten ja nuorten myönteistä yhteyttä kehoonsa ja liikkumiseen sekä kehon tarjoamiin mahdollisuuksiin vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. TLT:n toiminnallisten ja luovien menetelmien kautta voitaisiin tukea lasten ja nuorten mielialaa, itsesäätelykeinoja ja toimijuutta jo vapaa-ajan, kasvatuksen, opetuksen ja kulttuurin toiminnoissa.

6.6 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tämä tutkimus oli ensimmäinen näin laajalla aineistolla toteutettu TLT-tutkimus Suomessa ja kansainvälisestikin ainutlaatuinen monipaikkatutkimus. Erityistä tutkimuksessa oli se, että ryhmät toteutettiin usealla paikkakunnalla eri puolilla Suomea. Tutkimuksessa oli mukana aiempia TLT-tutkimuksia enemmän tutkittavia satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimusasetelmassa. Verrattuna ulkomaisten TLT-tutkimusten julkaisuihin tässä tutkimushankkeessa on nyt tarkemmin kuvattu intervention rakenne ja sisältö.

Tutkimuksen heikkoutena on se, että aineisto perustuu tutkittavien itsearviointeihin. Lisäksi, vaikka TLT-interventio on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen ja kehollinen, kaikki aineisto kerättiin sanallisessa muodossa, eikä mitään fysiologisia mittareita tai videokuvaa käytetty tiedon keruussa. Kehonkuvakyselyä käytettiin haastatteluna ennen TLT-intervention alkua ja kyselynä muilla mittauskerroilla. Kyselyn käyttötyylin muutosta voidaan pitää heikkoutena tai mittauskerroilla saadun tiedon laatua muuttavana. Vastaukset olivat sanamäärältään jonkin verran lyhyempiä kirjallisissa vastauksissa kuin haastatteluissa. Kontrollijakson aikana kontrolliryhmäläiset vastasivat ensin kehonkuvakyselyyn kirjallisesti ja sitten haastattelutilanteessa, ja näissä vastauksissa ei ollut nähtävissä sisällöllistä laatueroa.

Kolmen kuukauden seuranta-aika on suhteellisen lyhyt. Verrattuna muissa maissa tehtyyn tutkimukseen TLT:n käytöstä masennuksen hoidossa tämän tutkimuksen vahvuus oli se, että seuranta-aika oli sisällytetty tutkimusasetelmaan. Kolmen kuukauden seuranta-aika antaa jonkinlaisen kuvan intervention vaikutuksien pysyvyydestä ja jatkosuunnasta. Tulevaisuudessa olisi kuitenkin hyödyllistä rahoittaa ja toteuttaa TLT-tutkimuksia, joissa seuranta-aika on pitempi.

Lisäksi tämän tutkimuksen seurantamittauksessa on havaittavissa, että alkuperäisestä tutkittavien joukosta 29 % ei vastannut kolmen kuukauden seurantamittaukseen. Vaikka tilastolliset menetelmät tekivät mahdolliseksi kaikkien tutkittavien vastausten

sisällyttämisen tutkimukseen, pois jääneiltä emme ole systemaattisesti selvittäneet, miksi he jäivät tutkimuksesta pois tai mikä heidän vointinsa oli. Osa tutkimushenkilöistä ilmoitti oma-aloitteisesti keskeyttämisen syy. Yleisimmin keskeyttäminen johtui muutoksista elämäntilanteessa tai työhön menemisestä tai kuntoutuspsykoterapian aloittamisesta.

7 Tutkimustulosten yhteenveto

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian vaikuttavuutta kuntoutusmuotona masennuksesta kärsiville asiakkaille. Mukaan otettiin tutkittavia, jotka olisivat voineet hakeutua kuntoutuspsykoterapiaan. Tutkittavilla piti olla lääkärin toteama masennus, joka aiheutti uhkaa työ- ja opiskelukyvyille. Intervention aikana tutkittavat osallistuivat strukturoituun tanssi-liiketerapiaryhmään kaksi kertaa viikossa kymmenen viikon ajan (yhteensä 20 kertaa) ja tapaamisten kesto oli 75 minuuttia. Intervention rakenne perustui Suomessa aiemmin tehtyihin TLT-interventiotutkimuksiin masennuksen kuntoutuksessa (Punkanen 2014; Pylvänäinen ym. 2015; Pylvänäinen ja Lappalainen 2018).

Satunnaistetussa aineisto-osassa RCI-luokitus (*Reliable Change Index*) osoitti, että interventioryhmien osallistujista, joiden BDI-pistemäärä oli alkumittauksessa yli katkaisurajan ja jotka olivat vastanneet myöhemmissä mittauspisteissä ($n = 30$), 13:n (43,3 %) mieliala oli joko parantunut ($n = 9$; 30 %) tai kohentunut ($n = 4$; 13,3 %). Lisäksi 17:n (56,7 %) tila luokiteltiin muuttumattomaksi. Kenenkään tila ei ollut huonontunut. Voidaan siis todeta, että lähes 45 % tutkittavista hyötyi interventiosta. Tulokset osoittivat, että interventioryhmällä masennuksen oireet vähenivät merkittävästi. Kontrolliryhmässä ei muutosta oireissa tapahtunut siinä vaiheessa, kun he saivat ainoastaan tavanomaista hoitoa. Intervention vaikuttavuuden arvioimiseksi laskettiin korjatut efektikoot. Ryhmien väliset efektikoot ilmensivät jälkimittauksessa keskikokoisia eroja BDI:ssä, CORE-OM:ssa ja työ- ja opiskelukyvyssä. Kahden ja puolen kuukauden mittainen (10 vk) tanssi-liiketerapiakuntoutus vaikutti suotuisasti tutkittavien vointiin.

Tutkittavien kehonkuvaa selvitettiin kehonkuvakyselyllä (BIA). Kyselyn seitsemän avoimen kysymyksen avulla kartoitetaan yksilön kehon olemukseen ja keholliseen kokemiseen liittyviä havaintoja ja ajatuksia eri tilanteissa sekä kehomuistoja. Kehonkuvakysely perustuu kehonkuvan kolmiosaiseen malliin (Pylvänäinen 2003; Pylvänäinen 2018a), missä kehonkuvan katsotaan rakentuvan olemusseikoista, kehoitseydestä ja kehomuistista. Tutkittavien kehonkuvassa oli kirjoja, mutta tyyppillis-tä on, että kielteiset kokemukset ja tuntemukset omaan kehoon liittyen korostuvat. Tulokset osoittivat, että alkumittauksessa masentuneiden kehonkuvassa korostuivat kokemukset, tuntemukset ja ajatukset, joissa oli negatiivinen sisältö sen suhteen, miten kokee kehonsa toimintakyvyn, kehon olemuksen ja keholla toimimisen vuoro-vaikutusympäristöissä. Keskeisimmin tähän sisältyi tuntemuksia kehossa koetusta väsymyksestä ja energiattomuudesta. Kehon toimintakyky ja liikkumisen taito koettiin huonoina, kehossa tunnettiin kömpelyyttä ja kipua. Fyysistä toimintaa kerrottiin olevan niukasti ja sen aloittaminen oli vaikeaa. Toiminnassa ja sosiaalisissa tilanteissa usein koettiin suurta kehollista epämukavuutta ja jännittyneisyyttä. Esiin nousi kysymys siitä, että kehoon ei välttämättä aistimuksellisesti kiinnitetä huomiota yksin oltaessa tai sosiaalisissa tilanteissa. Toisaalta useat tutkittavat kuvasivat alkumittauksessa positiivisia kokemuksia: liikkuminen koettiin mieluisana, hyvänä toimintona,

joka tuo myös yhteyttä itsen ja luo kokemuksen siitä, että oma keho on toiminnallisesti hyvä ja itse arvioituna mukava. Kehonkuvakyselyn tulokset toivat selvästi esiin sen, että masentuneiden asiakkaiden elämänhistoriassa oli ollut paljon negatiivisia vuorovaikutuskokemuksia: turvattomia lähi-ihmissuhteita, koulukiusaamista, lähi-suhdeväkivaltaa, seksuaalista häirintää tai seksuaalista väkivaltaa.

Kontrolliryhmän kehonkuvassa ei intervention odotusvaiheessa tapahtunut juuri-kaan muutosta. Kun tarkasteltiin kaikkia tutkittavia interventiovaiheessa, havaittiin kehonkuvassa muutosta tutkimusjakson aikana. Myönteisimmäksi kehonkuvan sisällöt muuttuivat niillä tutkittavilla, joiden kehonkuva alkumittauksessa sisälsi edes jonkin myönteisen tai neutraalin kokemuksen omasta kehosta. Näiden tutkittavien masennusoireilu myös väheni selkeimmin intervention ja seurantavaiheen aikana. Niillä tutkittavilla, joilla kehonkuva alkumittauksessa oli enemmän kuin viisi pistettä, kehonkuvan myönteinen taso säilyi ja masennusoireilu väheni lievästä masennuksesta hyvin lähelle normaalivointia tutkimusjakson aikana. Toisaalta niillä tutkittavilla, joiden kehonkuva lähtötilanteessa oli hyvin kielteinen ja pistemäärä 0, BDI-pistemäärissä tapahtui ryhmämuotoisen TLT-intervention myötä 9 pisteen lasku, keskimäärin 25 pisteestä 16 pisteeseen.

Koko aineistosta havaittiin, että TLT-intervention jälkeen kehonkuvassa positiivinen sisältö oli säilynyt, mutta negatiivista sisältöä ei tuotu niin vahvana esiin kuin alkumittauksessa. Positiivisissa sisällöissä kuvailtiin havaittua myönteistä muutosta omassa kehossa ja kehollisessa toimimisessa. Jälkimittauksessa kuvailtiin kokemuksia ja kehoon liittyviä ajatuksia, jotka olivat sisällöltään enemmän neutraaleja. Mukana oli säätelykeinojen vahvistumista ja/tai oman kehon ja sen reaktioiden hyväksyvääpää toteamista. Suuri muutos tapahtui siinä, että TLT-ryhmäjakson jälkeen vastaukset, joissa kuvattiin omassa kehossa koettua vierautta ja epämukavuutta, olivat vähentyneet kolmasosaan alkumittauksessa saaduista tuloksista. Sosiaalisissa tilanteissa kehon tuntemusten huomioimattomuutta kuvattiin jälkimittauksessa enemmän kuin ennen TLT-jaksoa, mutta muutoksena ilmeni se, että vastaajat myös mainitsivat, että huomioimattomuus liittyy tilanteisiin, joissa on rento ja miellyttävä olla. Kuitenkin edelleen ilmeni myös tendenssiä kehon tuntemuksien tunnistamisen ja aistimisen aktiiviseen sivuuttamiseen.

Kehonkuvakyselyn 3 kuukauden seurantamittauksen vastauksissa oli tapahtunut laadullinen muutos: niissä kuvastui enemmän itsen ja kehon havainnointia ja hyväksyntää, uudenlaisen toiminnan kokeilemistä sekä enemmän neutraaliutta ja myötätuntoa kuin tutkimusjakson alussa.

TLT-intervention aloittavat asiakkaat vaikuttavat hyväksyvän tämän terapiamuodon kohtuullisen hyvin. TLT-ryhmässä aloittaneista kuntoutujista suurin osa pysyi mukana loppuun asti. Satunnaistetusta aineistosta, jossa oli 118 tutkittavaa, keskeyttäneitä oli keskimäärin yksi per ryhmä eli 16 (13,6 %). Kuntoutusmuotona tarjottavaan toi-

mintaan motivoituminen ja sitoutuminen vaikuttavat oleellisesti siihen, mitkä mahdollisuudet kuntoutuksella on vaikuttaa ja tukea asiakkaan muutosprosessia.

Ryhmämuotoinen TLT lyhytterapiana on vaikuttava ja kustannuksiltaan edullinen kuntoutusmuoto masentuneille aikuisille. Tutkittavat odottivat TLT-interventiosta muutosta omaan elämäänsä. He odottivat masennuksen vähenevän ja kehontuntemuksen lisääntyvän. Lisäksi he toivoivat vuorovaikutustaitojensa vahvistuvan ja odottivat muutosta omaan tapansa olla suhteessa ympäristöön. Tutkittavat kuvasivat TLT-ryhmästä saamistaan muistoissa keskeisinä oman kehon aistimista, vuorovaiikutteisuuteen pääsyä ja liikekokemusten elämyksellisyyttä. TLT-interventio on toipumisorientaation mukaista toimintaa tukien asiakkaan voimavarojen vahvistamista, osallisuutta, elämän merkityksellisyyden kokemuksen vahvistamista ja toiveikkouden ylläpitämistä. Asiakas itse on osallinen omien tavoitteidensa hahmottamisessa ja aktiivinen toimija niitä kohti pyrkiessään. TLT:ssä näitä hahmotettaessa asiakkaalla on tilaa huomioida myös omien kokemuksiansa kehollinen taso ja hakea muutosta toimintaansa kehosuhdettaan elävöittämällä ja kehittämällä yhteistyötä oman kehon kanssa.

Lähteet

- Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E. Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 239–246.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh MD. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4 (6): 561–571.
- Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77–100.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI II manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- Bentzen M. Dances of connection. Neuroaffective development in clinical work with attachment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2015; 10 (4): 211–226.
- Chaiklin S, Wengrower H, toim. The art and science of dance/movement therapy. *Life is dance*. New York, NY: Routledge, 2009.
- Claxton G. *Intelligence in the flesh*. London: Yale University Press, 2015.
- Connell J, Barkham M, Stiles WB ym. Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 69–74.
- Cozolino L. *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York, NY: Norton, 2002.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G. Psychotherapy for depression in adults. A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76 (6): 909–922.
- Cuijpers P, Li J, Hofmann SG, Andersson G. Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 768–778.
- De Geest RM, Meganck R. [How do time limits affect our psychotherapies? A literature review](#). *Psychologica Belgica* 2019; 59 (1): 206–226. doi:10.5334/pb.475.
- Eläketurvakeskus. [Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2014](#). Helsinki: Eläketurvakeskus, 2015. Viitattu 19.11.2019.
- Evans C, Connell J, Barkham M ym. Towards a standardized brief outcome measure. Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 51–60.

Feske U, Chambless D. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia. A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1995; 26 (4): 695–720.

Fuchs T. The phenomenology of body memory. Julkaisussa: Koch SC, Fuchs T, Summa M, Müller C, toim. *Body memory, metaphor and movement*. Amsterdam: John Benjamins, *Advances in Consciousness Research* 84, 2012: 9–22.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K. Miksi masennus vie eläkkeelle? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen raportteja 1, 2007.

Halprin D. *The expressive body in life, art and therapy. Working with movement, metaphor and meaning*. Philadelphia, PA: Kingsley, 2003.

Hiilamo H, Tuulio-Henriksson A. Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012; 49: 209–219.

Hyvönen K, Levaniemi A, Maaskola N, von Bonsdorff P, Pylvänäinen P. ”Kun käsistä tuli siivet”. Tanssi-liiketerapiaryhmään osallistuneiden ruumiilliset muistot ryhmästä. Julkaisussa: Erkkilä J, Ylönen M, toim. Ennen sanoja. Pohdintoja ruumiillisuudesta. Jyväskylä: Eino Roiha Säätiö ja Suomen Musiikkiterapia-yhdistys, 2020: 111–135.

Isometsä E. [Näytönastekatsaus. Liikuntaharjoittelu aikuisten lievän ja keskivaikean depression hoidossa](#). Viitattu 17.2.2020.

Jacobson NS, Truax P. Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59 (1): 12–19.

Jeong YJ, Hong SC, Lee MS, Park M. Dance Movement Therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience* 2005; 115: 1711–1720.

Juntunen H, Piiparinen A, Honkalampi K, Inkinen M, Laitila A. CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus yleisväestössä. *Psykologia* 2015; 50 (4): 257–276.

Kanste O, Kiviruusu O, Halme N, Haravuori H. Mielialastaan huolestuneiden nuorten tuen ja avun saaminen koulusta, palveluista ja lähipiiriltä. Kouluterveyskyselyn 2017 tuloksia. Julkaisussa: Gissler M, Kekkonen M, Känkänen P, toim. [Nuoret palveluiden pauloissa. Nuorten elinolut -vuosikirja 2018](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, *Teema* 30: 46–57.

Karila I, Kokko AM. Krooninen masennus. Mitä on tehtävissä? Helsinki: Edita, 2008.

Karkou V, Aithal S, Zubala A, Meekums B. [Effectiveness of Dance Movement Therapy in the treatment of adults with depression. A systematic review with meta-analyses](#). *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 936. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00936.

Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health. A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 2011; 31 (6): 1041–1056.

Kirsch LP, Diersch N, Sumanapala DK, Cross ES. [Dance training shapes action perception and its neural implementation within the young and older adult brain](#). *Neural Plasticity* 2018; 5459106. doi: 10.1155/2018/5459106.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Helsingin psykoterapiatutkimus. Psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Raportti 33, 2010.

Koch SC. Arts and health. Active factors and a theory framework of embodied aesthetics. *Arts in Psychotherapy* 2017; 54: 85–91.

Koch SC, Morlinghaus K, Fuchs T. The joy of dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy* 2007; 34: 340–349.

Koch SC, Fuchs T, Summa M, Müller C, toim. Body, metaphor and movement. Amsterdam: John Benjamins, *Advances in Consciousness Research* 84, 2012.

Koch SC, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy* 2014; 41: 46–64.

Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J, Martin L, Beelmann A. Effects of Dance Movement Therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 1806.

Kokko S, Martin L, toim. [Lasten ja nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa. LIITU-tutkimuksen tuloksia 2018 \(pdf\)](#). Helsinki: Valtion liikuntaneuvosto, Valtion liikuntaneuvoston julkaisu 1, 2019.

[Käypä hoito -suositus. Depressio](#). Helsinki: Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020. Viitattu 17.2.2020.

Lafrenet P, Leske O, Wahle P, Heumann R. [The beneficial effects of physical activity on impaired adult neurogenesis and cognitive performance](#). *Frontiers in Neuroscience* 2011; 5: 51. doi:10.3389/fnins.2011.00051.

LaMothe K. *Why we dance? A philosophy of bodily becoming*. New York, NY: Columbia University Press, 2015.

Laske C, Banschbach S, Stransky E ym. [Exercise-induced normalization of decreased BDNF serum concentration in elderly women with remitted major depression](#). International Journal of Neuropsychopharmacology 2010; 13 (5): 595–602. doi:10.1017/S1461145709991234.

Lee BH, Kim YK. [The roles of BDNF in the pathophysiology of major depression and in antidepressant treatment](#). Psychiatry Investigation 2010; 7 (4): 231–235. doi: 10.4306/pi.2010.7.4.231.

Lehmus K, Törmänen I. CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus. Kliininen aineisto. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, 2015.

Leikola A, Mäkelä J, Punkanen M. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. Helsinki: Duodecim 2016; 132: 55–61.

Levaniemi A, Maaskola N. [”Kun käsistä tuli siivet”. Ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapiainervention vaikuttavuus ja masennuskuntoutujien ruumiilliset muistot ryhmästä](#). Pro-gradu tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2019.

Mala A, Karkou V, Meekums B. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression. A scoping review. The Arts in Psychotherapy 2012; 39: 287–295.

Marquez DX, Wilson R, Aguiñaga S ym. [Regular Latin dancing and health education may improve cognition of late middle-aged and older Latinos](#). Journal of Aging and Physical Activity 2017; 25 (3): 482–489. doi: 10.1123/japa.2016-0049.

Matinheikki-Kokko K, Härkönen U, Muhonen M, Sipari S. [Tanssi- ja liiketerapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt kirjallisuuskatsauksen, asiakaskokemusten ja ammattilaisten kokemusten valossa](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 99, 2016.

Meekums B. Dance/movement therapy. A creative psychotherapeutic approach. London: Sage, 2002.

Metsämuuronen J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp, Metodologia 4, 2008.

Moncrief J, Kirch I. Efficacy of antidepressants in adults. British Medical Journal 2005; 331: 155–159.

Morris SB, DeShon RP. Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. Psychological Methods 2002; 7 (1): 105–125.

Muthén LK, Muthén BO. Mplus user’s guide. 7th ed. Los Angeles, CA: Muthén and Muthén, 2012.

Nordling E. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyössä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2018; 134 (15): 1476–1483.

Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy. New York, NY: Norton, 2006.

PALKO. [Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa](#). Helsinki: PALKO, Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus, 2018. Viitattu 8.11.2019.

Papadopoulos NLR, Röhrich F. An investigation into the application and processes of manualized group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2014; 9 (3): 167–180.

Payne H, toim. *Dance movement therapy. Theory, research and practice*. 2nd ed. London: Routledge, 2006.

Payne H, toim. *Essentials of dance movement psychotherapy. International perspectives on theory, research and practice*. London: Routledge, 2017.

Punkanen M, Saarikallio S, Luck G. Emotions in motion. Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 2014; 41: 493–497.

Pylvänäinen P. Body image. A tri-partite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy* 2003; 25: 39–56.

Pylvänäinen P. The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic. Explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2010; 5 (3): 219–230.

Pylvänäinen P. Body memory as a part of the body image. Julkaisussa: Koch SC, Fuchs T, Summa M, Müller C, toim. *Body memory, metaphor and movement*. Amsterdam: John Benjamins, *Advances in Consciousness Research* 84, 2012: 289–306.

Pylvänäinen P. [Dance movement therapy in the treatment of depression. Change in body image and mood. A clinical practice based study](#). Jyväskylä: University of Jyväskylä, *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 621, 2018a.

Pylvänäinen P. Embodied treatment of depression. The development of a dance movement therapy model. Julkaisussa: Zubala A, Karkou V, toim. *Arts therapies in the treatment of depression. International research in the arts therapies*. Lontoo: Routledge 2018b: 120–135.

Pylvänäinen P, Lappalainen R. Change in body image among depressed adult outpatients after a dance movement therapy group treatment. *Arts in Psychotherapy* 2018; 59: 34–45.

Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic. Effects of the treatment. *Frontiers in Psychology* 2015; 6: 980.

Ranjbar E, Memari AH, Hafizi S, Shayestehfar M, Mirfazeli FS, Eshghi MA. [Depression and exercise. A clinical review and management guideline](#). Asian Journal of Sports Medicine 2015; 6 (2): e24055. doi: 10.5812/asjasm.6(2)2015.24055.

Rautio M, Michelsen T. TKI. Miten käytät Työkykyindeksi-kyselyä. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.

Rehfeld K, Lüders A, Hökelmann A ym. [Dance training is superior to repetitive physical exercise in inducing brain plasticity in the elderly](#). PLoS ONE 2018; 13 (7): e0196636. doi:10.1371/journal.pone.0196636.

Roth A, Fonagy P. "What works for whom?" A critical review of psychotherapy research. New York, NY: Guilford, 1996.

Röhrich F, Papadopoulos N, Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. Journal of Affective Disorders 2013; 151 (1): 85–91.

Salunen E. Raihnainen Suomi. Helsinki: Duodecim, 2019.

Samaritter R. Dance movement therapy. Building resilience from shared movement experiences. Julkaisussa: Payne H, Koch S, Tantia J, Fuchs T, toim. The Routledge international handbook of embodied perspectives in psychotherapy. Approaches from dance movement and body psychotherapies. London: Routledge, 2019: 125–134.

Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. Attachment & Human Development 2000; 2 (1): 23–47.

Schore AN. The science of the art of psychotherapy. New York, NY: Norton, 2012.

Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Stubbs B. [Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression. A meta-analysis including the evaluation of control group response](#). Psychiatry Research 2016; 241: 47–54. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.054.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford, 2002.

Seggar LB, Lambert MJ, Hansen NB. Assessing clinical significance. Application to the Beck Depression Inventory. Behavior Therapy 2002; 33 (2): 253–269.

Siegel DJ. The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are. New York, NY: Guilford, 1999.

Siegel DJ. The mindful brain. Reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York, NY: Norton, 2007.

Sohlman B. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 137, 2004.

Stewart NJ, McMullen LM, Rubin LD. Movement therapy with depressed inpatients. A randomized multiple single case-design. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994; 8: 22–29.

Teixeira-Machado L, Arida RM, Jesus Mari J. [Dance for neuroplasticity. A descriptive systematic review.](#) *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2019; 96: 232–240. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.12.010.

Trevarthen C, Fresquez C. Sharing human movement for well-being. Research on communication in infancy and applications in dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2015; 10 (4): 194–210.

Tucker D. *Mind from body. Experience from neural structure.* Oxford: Oxford University Press, 2007.

Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 2008; 358: 252–260.

Undurraga J, Baldessarini RJ. Randomized, placebo-controlled trials of antidepressants for acute major depression. Thirty-year meta-analytic review. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37: 851–864.

UKK-instituutti. [Aikuisten liikkumisen suositus. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan.](#) Tampere: UKK-instituutti, 2019. Viitattu 1.11.2019.

Weiss H, Daye M. The art of bottom-up processing. Mindfulness, meaning and self-compassion in body psychotherapy. Julkaisussa: Payne H, Koch S, Tantia J, Fuchs T, toim. *The Routledge international handbook of embodied perspectives in psychotherapy. Approaches from dance movement and body psychotherapies.* London: Routledge, 2019: 273–282.

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 156 Hujanen T.** Monikanavaraohituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottotoiminnasta. 2019. ISBN 978-952-284-064-6 (nid.), ISBN 978-952-284-065-3 (pdf).
- 155 Jauhiainen S, Sihvonen E, Räsänen T, Veilahti A, Mikkola H.** Asumista tukemassa. Yleinen asumistuki tuensaajien ja vuokranantajien näkökulmista ja eurooppalaisessa vertailussa. 2019. ISBN 978-952-284-058-5 (nid.), ISBN 978-952-284-059-2 (pdf).
- 154 Åkerblad L, Haapakoski K, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannas-oja S.** Henkilökeskeisyyden ehdot. Kelan ammatillisen kuntoutus selvityksen arviointi. 2018. ISBN 978-952-284-054-7 (nid.), ISBN 978-952-284-055-4 (pdf).
- 153 Appelqvist-Schmidlechner K, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A.** Oma väylä. Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikuttavuus. 2018. ISBN 978-952-284-050-9 (nid.), ISBN 978-952-284-051-6 (pdf).
- 152 Mattila-Holappa P.** Mental health and labour market participation among young adults. 2018. ISBN 978-952-284-044-8 (nid.), 978-952-284-045-5 (pdf).
- 151 Pasternack I, Fogelholm C, Koskinen E.** Selkäydinvammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuus. 2018. ISBN 978-952-284-042-4 (nid.), 978-952-284-043-1 (pdf).
- 150 Koskinen H.** Pharmaceutical expenditures, the reference price system and competition in the pharmaceutical market. A register study. 2018. ISBN 978-952-284-039-4 (nid.), 978-952-284-040-0 (pdf).
- 149 Tervola J.** Supporting gender equality and integration. Immigrant families' child care choices in the Nordic policy context. 2018. ISBN 978-952-284-035-6 (nid.), 978-952-284-036-3 (pdf).
- 148 Pekola P.** The effects of competition and regulation on quality in physiotherapy. 2018. ISBN 978-952-284-033-2 (nid.), 978-952-284-034-9 (pdf).
- 147 Romakkaniemi M, Lindh J, Laitinen M.** Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. 2018. ISBN 978-952-284-031-8 (nid.), ISBN 978-952-284-032-5 (pdf).

Raportti esittelee laajan tanssi-liiketerapiatutkimuksen tuloksia. Tutkimuksen kehonkuvakyselyjen aineisto antaa tietoa siitä, mikä on ominaista masennuksesta kärsivien asiakkaiden kehonkuvassa, jossa heijastuu henkilön suhde omaan kehoon, itsen ja toimijuuteen sekä ympäristöön.

Tutkimus osoittaa, että kielteisempi kokemus omasta kehosta on yhteydessä vakavampaan masennusoireiluun. Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia (TLT) on vaikuttavaa: se korjaa masentuneiden aikuisten mielialaa ja kehonkuvaa. Sen käyttö masennuksen kuntoutusmuotona on suositeltavaa. TLT-interventio on toipumisorientaation mukaista toimintaa: se tukee asiakkaan voimavaroja ja toimijuutta sekä vahvistaa elämän merkityksellisyyden kokemusta ja pitää yllä toiveikkautta.

**KELAN TUTKIMUS**

Puh. 020 634 11
julkaisut@kela.fi

www.kela.fi/tutkimus
www.fpa.fi/forskning
www.kela.fi/research

ISBN 978-952-284-113-1 (nid.)

ISBN 978-952-284-114-8 (pdf)

ISSN-L 1238-5050

ISSN 1238-5050 (painettu)

ISSN 2323-7724 (verkkojulkaisu)