

**NONVERBAALISUUDEN JA RUUMILLISUUDEN SAAMAT
MERKITYKSET SKITSOFRENIAA SAIRASTAVILLA ENNEN
JA JÄLKEEN KEHONKIELI –RYHMÄN**

Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Tammikuu 2003
Heidi Rouhiainen

TIIVISTELMÄ

Nonverbaalisuuden ja ruumiillisuuden saamat merkitykset skitsofreniaa sairastavilla ennen ja jälkeen Kehonkieli -ryhmän

Tekijä: Heidi Rouhiainen

Ohjaaja: Prof. Jukka Aaltonen

Psykologian pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Tammikuu 2003

64 sivua, 5 liitettä

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli uudenlaisen kuntoutusmuodon kehittäminen skitsofreniaa sairastaville. Kuntoutusmuodon, joka kulki Kehonkieli –ryhmän nimellä, tavoitteena oli yksilöllisen kehon hallinnan ja ilmaisun sekä nonverbaalisen viestinnän harjaantuminen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin nonverbaalisuuden ja ruumiillisuuden merkityksiä skitsofreniaa sairastavilla ennen ja jälkeen Kehonkieli –ryhmän. Merkityksiä tutkittiin haastattelemalla. Tutkittavina oli Kehonkieli –ryhmään osallistuneet viisi kuntoutujaa, joista neljä oli miehiä ja yksi nainen. Neljä heistä oli sairaalan kotiuttamisvalmennusyksikön potilaita ja yksi kuntoutuja tuli avohoidosta. Tutkimus oli otteeltaan laadullinen, ja aineiston analyysi pohjautui grounded theory –lähestymistapaan. Analyysin tuloksena aineistosta nousi alkuhaastatteluissa esille hyvinkin yksilöllisiä kategorioita kuten Elämänasenne, Yliluonnollisuus ja epätodellisuus sekä Hyvät tavat. Kuitenkin jo alkuhaastatteluissa oli löydettävissä myös tutkittuja nonverbaalisuuden osa-alueita, jotka tulivat esille kategorioissa Kasvot viestittäjänä, Läheisyys, Oman tilan tarve sekä Muu nonverbaalisuus. Ryhmän jälkeen yhä useammalla kuntoutujalla tuli esiin näitä osa-alueita. Voidaan siis sanoa, että ryhmän aikana kuntoutujien nonverbaalisuuden repertuaari puheessa kasvoi. Ryhmän vaikutuksesta kolmelta kuntoutujalta voitiin löytää loppuhaastatteluissa yhteinen malli, jossa nonverbaalisuus ja verbaalisuus nähtiin yhtenä kokonaisuutena, jossa molemmilla on vuorovaikutuksessa oma osuutensa. Tulokset osoittavat, että hoitomenetelmä, joka rajoittuu nonverbaalisuuteen, vaikuttaa myös siihen, että verbaalisuuden merkitys nousee esiin. Tämän tyyppisellä kuntoutuksella voitaneen siis vaikuttaa myös yleisemmin sosiaalisiin taitoihin. Ruumiillisuuden merkitykset sijoittuivat jatkumolle, jossa ruumiin arviointeihin vaikuttivat toisessa päässä ympäristö ja toisessa sisäinen tunne eri tavoin. Ryhmän myötä nämä merkitykset eivät juurikaan muuttuneet.

Avainsanat: skitsofrenia, nonverbaalisuus, ruumiillisuus, grounded theory, merkitykset, sosiaaliset taidot

ABSTRACT

Meanings of nonverbal communication and body image with schizophrenic patients before and after "Body language" –group treatment.

Author: Heidi Rouhiainen

Instructor: Prof. Jukka Aaltonen

Graduate thesis of psychology

University of Jyväskylä

January 2003

64 pages, 5 appendixes

This study was based on the development of a new kind of group treatment for schizophrenic patients. The objective of this group treatment, which was called "The Body language" –group, was to improve individual body control, body expression and nonverbal communication. This study examined the meanings of nonverbal communication and body image before and after "Body language" –group treatment. Meanings were studied by interviews. Research participants were five schizophrenic patients, four men and one woman, who participated in "Body language" –group treatment. Four of them were inside patients and one lived outside the hospital. This study was qualitative, and the analysis was based on grounded theory. As a result of the analysis there appeared very individual categories like Lifestyle, Supernaturalness and unreality and Good manners. In the interviews before the treatment there also occurred studied fields of nonverbal communication, which appeared in categories called Face as signaller, Distance, Need for personal space and Other nonverbal communication. After the group treatment these fields and categories appeared in almost every participant interview. So it can be concluded, that during the group treatment repertoire of nonverbal communication in speech increased. Because of the influence of the treatment one model was found in three participants. In this model nonverbal and verbal communication were seen as a whole, where both parts have their own influence on interaction. The results show that group treatment which is limited to nonverbal communication, has an influence on verbal communication as those meanings appear in the interviews. This kind of group treatment might have an effect on more general social skills. The meanings of the body image were placed on a continuum between environment and inner emotion. These extreme ends affect the evaluation of the body image variably, depending on the participant. During the group treatment these meanings were hardly changed.

Keywords: schizophrenia, nonverbal communication, body image, grounded theory, meanings, social skills

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
1.1 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus	1
1.2 Nonverbaalinen viestintä	5
1.3 Skitsofrenian vaikutukset nonverbaalisuuteen	8
1.4 Ruumiinkuva	12
1.5 Skitsofreniapotilaan ruumiinkuva	13
1.6 Tutkimuksen tavoitteet ja kysymyksenasettelu	15
2. TUTKIMUSMENETELMÄT	16
2.1 Kohderyhmä ja tutkimusjärjestelyt	17
2.1.1 Kehonkieli –ryhmä	18
2.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	19
2.3 Aineiston analyysi	20
2.4 Merkitysyksiköiden muodostaminen	22
2.5 Kategorioiden muodostaminen	23
3. TUTKIMUSTULOKSET	25
3.1 Kuntoutujien nonverbaalisuuden merkitykset	25
3.1.1 Kuntoutuja A	25
3.1.2 Kuntoutuja B	30
3.1.3 Kuntoutuja C	34
3.1.4 Kuntoutuja D	39
3.1.5 Kuntoutuja E	42
3.2 Kuntoutujien ruumiillisuuden merkitykset	47
4. POHDINTA	50
LÄHTEET	59
LIITTEET	

1. JOHDANTO

1.1 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava, vakava mielenterveyden häiriö (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2001). Sitä sairastaa Suomessa noin 50000 henkilöä. Skitsofrenia on hyvin monitasoinen häiriö, eikä sen diagnosointi aina ole täysin selvää (Sariola & Ojanen, 1997). Skitsofrenian oireet voivat vaihdella suuresti eri yksilöiden välillä, mutta myös ajasta toiseen (Harvard mental health letter, 2001; Virsu, 1992). Ensioireita, jotka johtavat avun hakemiseen ovat yleensä omituinen käyttäytyminen, käsittämätön puhe ja / tai vaikeudet selviytyä arkipäivän toiminnoista (Virsu, 1992). Varsinaisesti skitsofrenian ominaispiirteitä ovat hallusinaatiot, aistiharhat, ajattelun ja puheen häiriöt, häiriöt käyttäytymisessä, tunne-elämän muutokset sekä kognitiiviset puutokset (Pull, 1999).

Skitsofrenian hoito voi olla moninaista, sillä skitsofrenian kuva ja sairauden kulku ovat yksilöllisesti vaihtelevia. Keskeistä on kuitenkin erilaisten hoitojen integroiminen siten, että potilaan elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet on otettu huomioon (Alanen, 1993). Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa oireet tai lievittää niitä, estää uudet psykoosijaksot sekä parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Hoitoa on tärkeä arvioida riittävän usein uudelleen, jotta hoito on tarpeenmukaista. Olennainen osa skitsofrenian hoitoa on antipsykoottinen lääkitys, jonka aloittamisesta päättää lääkäri yhteistyössä potilaan kanssa (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Psykoosilääkityksen käytöstä on tehty useita tutkimuksia, ja lääkkeiden on todettu olevan tehokkaita positiivisten oireiden hoidossa sekä uusien psykoosivaiheiden estossa. Lääkkeillä on kuitenkin omat sivuvaikutuksensa, minkä vuoksi tulisikin pyrkiä pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen.

Skitsofrenian etiologiaan liittyy orgaanisia tekijöitä, joihin lääkkeillä pyritään vaikuttamaan. Kuitenkaan mahdolliseen aivovaurioon ei tällä hetkellä voida vaikuttaa lääkkeillä (Virsu, 1991). ”Tässä mielessä psykologinen ja sosiaalinen terapia ja kuntoutus voivat olla joissakin tapauksissa paljon biologisia hoitoja tarkemmin ja oikeammin

kohteeseensa suunnattuja ainakin sekaantuneen hermoverkon organisointikeinona” (Virsu, 1991, 431). Vaikeutena on kuitenkin löytää sopiva terapian muoto ja sisältö. Lisäksi lääkehoito on usein välttämättömyys ja toimii terapian mahdollistajana. Esimerkki hermoverkkoa järjestävästä mielenhäiriön kuntoutuksesta on Virsun (1991) mukaan ”peilikuvaharjoittelu”, jossa kaksi kuntoutettavaa henkilöä ovat vastakkain ja toimivat vuorollaan toistensa pelikuvina. Tällä menetelmällä voidaan kehittää sosiaalista vuorovaikutusta ja uskallusta. Samalla harjoitukset parantavat monipuolisesti kaikenlaisen hermotoiminnan hallintaa. Näin voidaan kuntouttaa juuri sitä aivotointojen hallintaa, joka huononee erilaisissa mielenhäiriöissä, kuten skitsofreniassa. Tätä aivotointia kuntouttaa myös mm. työterapia tai musiikkiterapia.

Yksilöpsykoterapeuttisen hoidon tehokkuudesta skitsofrenian hoidossa on julkaistu sekä negatiivisia että positiivisia tuloksia (Alanen, 1997). Psykoterapiaistuntojen kontrolloimista ja näin ollen tutkimusta rajoittavat monet tekijät. Alasen (1997) mukaan yksi näistä on skitsofrenian heterogeenisuus. Potilaat eroavat sekä terapiamotivaatiossaan että terapeuttisissa tarpeissaan, mikä vaikuttaa suuresti siihen, miten hyvin he terapiasta hyötyvät. Toisena seikkana on se, että skitsofrenian hoito tarvitsee integroitunutta otetta, jossa käytetään hyväksi useampaa eri terapiasuuntausta. Yhden suuntauksen tehokkuuden tutkimisella ei voida saavuttaa täyttä ymmärrystä siitä, mitä hoidon tulisi olla. Myös terapeutin persoonallisuuden vaikutus tulisi ottaa enemmän huomioon, sillä tämä vaikuttaa suuresti hoidon tulokseen. Terapiassa tarvitaan sekä terapeutilta että potilaalta pitkäkestoista motivaatiota, minkä vuoksi myös persoonallisuuksien tulisi olla yhteensopivia. Tähän olisi kiinnitettävä huomiota erityisesti hoidon alkuvaiheessa. Yleisesti ottaen tulisikin Alasen (1997) mukaan siirtyä menetelmäsuuntautuneista tutkimuksista ongelmasuuntautuneisiin, jolloin potilaan tarpeet toimivat lähtökohtana, ei tutkijan.

Yksilöterapioiden eri menetelmistä tukea antava supportiivinen psykoterapia on yleisesti skitsofrenian hoidossa käytettävä hoitomuoto, joka parantaa sosiaalista sopeutumista ja vähentää negatiivisia oireita ja on keskeinen osa skitsofreniapotilaan pitkäaikaishoitoa (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). “Supportiivinen terapia voi auttaa skitsofreniapotilasta hyväksymään sairautensa sekä siihen liittyvät vajavuudet ja sopeutumaan elämään sairauden kanssa” (Isohanni ym., 2001, 96).

Psykdynaamisesta psykoterapiasta on vähän tutkimustietoa skitsofrenian hoidossa (Skitsofrenian käypä hoito, 2001), mutta se voi soveltua osalle potilaista silloin kun sairaus on rauhallisessa vaiheessa (Isohanni ym., 2001). Kritiikki psykodynaamista

terapiaa kohtaan lähtee jo Freudin ajoilta, sillä hän suhtautui hyvin varauksellisesti psykoottisista häiriöistä kärsivien psykoanalyttiseen terapiaan (Sariola & Ojanen, 1997). Kuitenkin Suomessa ja muissa Pohjoismaissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että myös oivalluksiin pyrkivällä terapialla on myönteisiä tuloksia, jos motivaatio ja muut terapiaan vaikuttavat tekijät ovat kohdallaan (Alanen, 1993, 1997). Keskeistä psykodynaamiselle terapialle on terapeutti - potilas -suhteessa ilmenevän transferenssin tutkiminen, mutta käytännössä hoito sisältää aina supportiivisia elementtejä (Alanen, 1997). Tähkän (1996) mukaan skitsofreniaan sairastuessa menetetään ”alkuperäinen kokemuksellinen eriytyminen itsen ja ”kokonaan hyvän” ulkoisen objektin välillä” (Tähkä, 1996, 338). Psykoanalyttisessa terapiassa tämä pyritään palauttamaan, mikä on edellytys uudelleen käynnistyvälle dialogille potilaan ja inhimillisen objektimaailman välillä (Tähkä, 1996). Analyytikon tehtävä onkin rakentaa tätä dialogia ja ensisijaisesti tulla edustetuksi psykoottisen potilaan kokemusmaailmassa hyvänä ulkoisena objektina. Tämän kautta potilalle syntyy kokeva minä ja uudet rajat itsen ja objektimaailman välille.

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa on käytetty vaikuttamaan ahdistaviin aistiharhoihin ja harhaluuloihin silloin, kun oireet eivät ole tarpeeksi reagoineet lääkehoitoon (Skitsofrenian käypä hoito, 2001; Isohanni ym., 2001). Terapialla on voitu vähentää psykoottisia oireita ja harjoittaa potilaan realiteetintestausta. Tämä terapiamuoto keskittyy siis enemmän skitsofrenian oireisiin kuin niihin tekijöihin, jotka liittyvät sairauden psykologiseen alkuperään (Alanen, 1997).

Skitsofrenian perhetutkimuksella on ollut suuri vaikutus perheterapian syntyyn, jota tämän sairauden hoidossa on käytetty paljon (Alanen, 1997). Yksi syy tähän on perheissä havaitut riippuvaisuussiteet vanhempien ja lasten välillä, jotka sairauden myötä vahvistuvat ja laajentuvat. Toinen syy perheterapian käytölle on ollut perheiden tarve tukeen. Aluksi monet terapioidista olivat psykodynaamisesti orientoituneita, joiden tarkoituksena oli vaikuttaa perheen sisäiseen kehitysprosessiin. Myöhemmin kehittyi systeemisesti orientoituneet perheterapiat, joiden tarkoituksena on lisätä perheen psykologista tasapainoa siten, että siitä hyötyisivät sekä potilas että muut perheen jäsenet. Molemmissa perheterapiasuuntauksissa olennaista on perhetilanteen psykologinen ymmärrys.

Erittäin tärkeää skitsofrenian hoidossa on psykoedukaatio, eli sairauteen liittyvä koulutus ja neuvonta, jota potilas sekä myös hänen omaisensa tarvitsevat (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa yksilötasolla, jolloin skitsofre-

niapotilasta voidaan tukea parempien selviytymiskeinojen kehittämisessä sekä auttaa häntä sairauteen liittyvien stressitekijöiden ja psykoosijaksoja ennakoivien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Haavoittuvuus-stressimalliin perustuvan koulutuksellisen perheterapiasuuntauksen on osoitettu olevan myös tehokas osa skitsofreniapotilaan hoitoa (Isohanni ym., 2001). Yleisesti ottaen perheinterventiot voivat parantaa perheiden tunneilmapiiriä, vähentää potilaiden sairauden uusiutumista ja perheiden kuormittuneisuutta sekä edistää potilaiden sosiaalista toimintakykyä. Pää tarkoitus tällä perhekeskeisellä hoitomuodolla on oppia elämään sairauden kanssa (Alanen, 1997).

Ryhmäterapien eri muodot ovat myös osa skitsofrenian hoitoa, ja näillä on pidemmät perinteet kuin perheterapialla (Alanen, 1997). Tämän tyyppinen hoito soveltuu parhaiten avohoidon potilaille, joiden sairaus on remissiovaiheessa (Isohanni ym., 2001). Erityisesti käytännönläheiset, toiminnalliset ryhmät, jotka tarjoavat samalla riittävästi tukea, voivat olla hyödyllisiä. Tällaisia ryhmiä ovat mm. arkielämän taitojen harjoittelusta koostuvat ryhmät, oireenhallintaryhmät sekä sosiaalisten taitojen harjoittelun ryhmät. Viimeksi mainittu voi parantaa potilaiden sosiaalista toimintakykyä, ja sosiaalisten taitojen harjoittelu tulisikin järjestää osana skitsofreniapotilaan muuta kuntoutusta (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Sosiaalisten taitojen kurssit soveltuvat erityisesti avohoidon potilaille, koska sairaalassa opittuja taitoja on monesti vaikea siirtää potilaiden normaaliin elinympäristöön (Isohanni ym., 2001). Useat tutkimukset ovat osoittaneet erityisesti sosiaalisten taitojen harjoittelun tehokkaaksi kuntoutusmenetelmäksi skitsofrenian hoidossa (Bellack & Mueser, 1993; Liberman ym., 1998).

Näiden hoitomuotojen lisäksi on käytetty erilaisia kognitiivisia kuntoutusohjelmia, yhteisöhoitoa sekä ammatillista kuntoutusta (Alanen, 1997; Isohanni ym., 2001; Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Erilaiset luovat terapiat kuten liikunta-, kuvataide- ja musiikkiterapia voivat myös olla osa skitsofrenian hoitoa, mutta näiden tehokkuudesta juuri skitsofreniapotilaiden kohdalla on vähän tai ei lainkaan kontrolloituja tutkimuksia (Skitsofrenian käypä hoito, 2001). Kuitenkin on tutkittu, että esimerkiksi skitsofreniapotilaiden ruumiinkuvaa on voitu muuttaa liikkeisiin painottuvan harjoittelun avulla (Rosenthal & Beutell, 1981).

Turun psykiatrian klinikalla on kehitelty viime vuosikymmenien aikana hoitomallia psykoosien hoitamiseksi (Alanen, 1997). Tämä malli on nimeltään tarpeenmukainen hoito ja toimii neljän eri periaatteen mukaan: 1) Hoito suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti ja yksilöllisesti. 2) Tutkimusta ja hoitoa hallitsee psykoterapeuttinen asenne.

3) Toisistaan eroavien terapeuttisten menetelmien tulisi täydentää toisiaan, ei erottaa joko – tai. 4) Hoidossa tulisi säilyttää ja ymmärtää sen prosessiluontoisuus. Tärkeää mallissa on lähtökohtien arviointi ja niiden myötä hoidon suunnittelu. Perheen tai läheisten tapaaminen on olennainen osa tätä alkukartoitusta ja ns. kriisi-interventiota. Mallin mukaan skitsofrenian hoidossa tarvitaan useampaa hoitomuotoa, minkä vuoksi on yleensä hyvä lähteä liikkeelle vähemmän spesifistä perhe- tai ympäristösuuntautuneesta hoidosta ja siirtyä myöhemmin spesifimpään yksilökeskeisempään hoitoon.

1.2 Nonverbaalinen viestintä

Nonverbaalinen viestintä käsittää hyvinkin suuren osan kommunikaatiosta ihmisten välillä ja on hyvinkin tärkeä osa jokapäiväistä vuorovaikutusta. Sanotaan, että jopa 93% kommunikaatiosta tapahtuu nonverbaalisella tasolla (Stacks, Hickson & Hill, Jr, 1991). Tämän vuoksi nonverbaalinen viestintä on hyvin voimakas kommunikaation muoto (Andersen, 1999). Nonverbaalinen ja verbaalinen viestintä ovat hyvin kietoutuneita toisiinsa (Riggio, 1992). Ne voivat esiintyä yhdessä selventäen tai tarkentaen toisiaan, mutta myös erikseen. Osa nonverbaalisesta viestinnästä on puheen sisällöstä riippumattonta, kuten esimerkiksi äänensävyn tunneviesti (Argyle, 1988). Nonverbaalisella viestinnällä voidaan usein ilmaista sitä, mitä verbaalisella viesteillä ei voida, uskalleta tai haluta sanoa (Burgoon, Buller & Woodall, 1996).

Nonverbaalista viestintää voidaan jaotella hieman eri tavoin riippuen tutkijasta. Argylen (1988) mukaan nonverbaalisia viestejä ovat kasvonilmeet, katse, eleet ja muut kehon liikkeet, asento, kehollinen kontakti, spatiaalinen käyttäytyminen, vaatteet ja muut ulkomuodon aspektit, nonverbaaliset vokalisaatiot sekä haju. Nämä voidaan edelleen jakaa moniin alamuuttujiin. Knapp (1978) puolestaan kategorisoi nonverbaalisen alueen seitsämään luokkaan. Kineesinen käyttäytyminen tai kehon liike on yksi kategoria, joka käsittää hyvinkin erilaiset kehon liikkeet, eleet, asennot. Näitä käyttäytymisen muotoja voidaan edelleen määritellä alakategorioihin sen mukaan, mitä ne kuvaavat tai mikä merkitys niillä. Toisena kategoriana on fyysiset ominaisuudet, jotka eivät ole sidoksissa liikkeisiin. Tällaisia ovat mm. kehon tai hengityksen tuoksut, pituus, paino, hiukset, ihonväri tai ääni. Kolmas kategoria on kosketuskäyttäytyminen.

Neljänneksi kategoriaksi Knapp (1978) luokittelee parakielen eli sen, miten asiat sanotaan. Proksemiikka on viides kategoria, joka pitää sisällään sen, miten sosiaalinen ja henkilökohtainen tila havaitaan, ja miten niitä käytetään. Kuudes kategoria on teko- tuotteet eli objektit, jotka voivat vuorovaikutustilanteessa toimia nonverbaalisina viesteinä. Näihin kuuluvat mm. hajuvesi, vaatteet, huulipuna, silmälasit jne. Viimeinen kategoria on ympäristötekijät. Näitä ovat tekijät, jotka vaikuttavat vuorovaikutukseen, mutta jotka eivät suoranaisesti ole osa sitä. Kaikilla ympäristötekijöillä voi olla jonkinlainen vaikutus siihen, miten vuorovaikutustilanne etenee, ja miten kukin tilanteen tulkitsee.

Kuten em. jaotteluista huomaa on nonverbaalinen viestintä hyvin laaja alue. Tämän tutkimuksen taustalla ovat neljä eri nonverbaalisuuden aluetta: läheisyys – etäisyys, ryhti, asennot ja liike, katse sekä kosketus, joita tarkastelen seuraavaksi.

Proksemiikalla, proxemics, tarkoitetaan sitä, miten ihmiset käyttävät omaa fyysistä tilaansa ollessaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa, ja miten tämä fyysinen tila vaikuttaa käyttäytymiseen (Harper, Wiens & Matarazzo, 1978). Toisin sanoen proksemiikka on kommunikaation tutkimista henkilökohtaisen tilan ja etäisyyden kautta (Andersen, 1999). Alun perin henkilökohtaisen tilan käsitteellä tarkoitettiin minimi-tilaa, jonka ihminen tarvitsee eristeeksi ympäristöstä (Burgoon ym., 1996). Nykyisin henkilökohtaisesta tilasta (personal space) puhuttaessa tarkoitetaan myös sitä etäisyyttä, mikä erottaa ihmiset toisistaan heidän ollessaan vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Patterson & Edinger, 1987). Voidaan puhua myös henkilökohtaisesta etäisyydestä tai interpersoonallisesta etäisyydestä (Burgoon ym., 1996). Myös termi territoriality, reviiri-alue tulee usein esiin puhuttaessa proksemiikasta (Andersen, 1999; Argyle, 1988; Burgoon ym., 1996; Lyman & Scott, 1999). Klemi (1988) käyttää termiä etäisyyskäyttäytyminen, puhuessaan läheisyydestä, etäisyydestä sekä omasta tilasta ja reviiristä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa: “Etäisyyskäyttäytyminen on osa ihmisen sosiaalista käyttäytymistä” (Klemi, 1988, 133). Etäisyys onkin ihmisen yksinkertaisin itsensä ilmaisemistyyppi (Aalto, 2000). Henkilö ottaa fyysisesti etäisyyden johonkin kohteeseen ja ilmaisee välimatkalla suhdettaan kohteeseen. Se, mikä etäisyys yleensäkin koetaan sopivaksi, riippuu tilanteesta, tunnetilasta sekä ihmisistä, joita tilanteessa on (Klemi, 1988). Etäisyyskäyttäytymisessä on sekä sukupuolten että kulttuurien välisiä eroja (Andersen, 1999; Argyle, 1988; Burgoon ym., 1996).

Ihminen ilmaisee liikkeidensä ja asentojensa kautta omaa persoonallisuuttaan (North, 1972). Vuorovaikutustilanteissa oikeat asennot määräävät paljonkin vuorovaikutuksen luonnetta, sillä asentojen muutoksilla voidaan esimerkiksi päästä samaan "rytmiin" vuorovaikutustilanteessa olevien henkilöiden kanssa (Andersen, 1999). Asentojen avulla voidaan myös ilmaista erilaisia tunteita, kuten kiinnostusta ja ikävystymistä (Bull, 1987), pitämistä / tykkäämistä, ihastusta, avoimuutta sekä valtaa ja asemaa (Argyle, 1988) tai vihan tunteita (Andersen, 1999). Yleisin asentoihin liitettävä vertailupari on rentoutunut - jännittynyt dimensio (Andersen, 1999). Henkilö, jonka asento on jännittynyt, vaikuttaa varautuneelta ja pidättyvältä ympäristöönsä kohtaan. Hyvä vartalonhallinta ja asento voivat parantaa henkilön kontaktimahdollisuuksia ympäristöönsä (Roxendal, 1986), sillä asennolla voidaan vaikuttaa paljon siihen, millaisen kuvan itsestään antaa.

Katsekontakti on olennainen osa sosiaalista vuorovaikutusta – sen voidaan sanoa olevan kutsu vuorovaikutukselle (Andersen, 1999; Burgoon ym., 1996). Katse on myös merkki läheisyydestä, intimiteetistä ja kertoo kiinnostuksesta toista ihmistä kohtaan. Katse voidaan liittää myös erilaisiin tunteisiin. Positiivisten tunteiden, kuten esim. yllättyminen, kiinnostuminen yhteydessä katse yleensä lisääntyy, kun taas negatiivisiin tunteisiin, kuten ahdistus, inho, pelko liittyy yleensä vähentynyt katsekontakti (Grumet, 1999). Katseen avulla voidaan myös ilmaista pitämistä, aggressiota ja vihamielisyyttä, häpeää ja nöyryytystä sekä pelkoa ja ahdistusta (Argyle & Cook, 1976). Katseen ja katsekontaktin avulla voidaan kertoa jotain ihmisen persoonasta, millainen ihminen on. On mm. tutkittu, että niitä, jotka katsovat toisia paljon vuorovaikutuksen aikana, pidetään yleensä tarkkaavaisina ja huomaavaisina, ja puolestaan niitä, jotka katsovat vähän, pidetään passiivisina ja ei-tarkkaavaisina (Kleinke, 1986). Katseen pois kääntämisen on puolestaan ajateltu kertovan ahdistuneisuudesta ja jännittyneisyydestä (Argyle & Cook, 1976). Katseella voi myös olla hyvin monia erilaisia merkityksiä eri kulttuureissa. Esimerkiksi afrikkalaisissa kulttuureissa kuuntelijaa on opetettu välttämään katsekontaktia kuunnellessaan toista (Burgoon ym., 1996).

Kosketus on yksi nonverbaalisen kommunikaation alueista ja sillä on suuri merkitys ihmissuhteissa (Heslin & Alper, 1983; Burgoon ym., 1996; Knapp, 1978). Toisinaan kosketus liitetään myös "proksemiikkaan", jolloin kosketus on yksi prokseemisista ilmiöistä (Harper ym., 1978). Kosketus on merkki interpersoonallisesta liittymisestä (involvement) (Heslin & Alper, 1983). Sen avulla voidaan luoda läheisyyttä, ja se on yksi olennainen osa terveen lapsen kehitystä (Andersen, 1999). On olemassa sosiaalisia

normeja koskien kosketusta: kuka saa koskettaa, ketä ja mistä. Kulttuuriset erot ovat huomattaviakin tämän asian suhteen. Nonverbaalinen käyttäytyminen voidaan tulkita monilla eri tavoilla, joten myös kosketukseen liittyy hyvinkin erilaisia tulkintoja ja merkityksiä (Heslin & Alper, 1983). Kosketuksen merkitykseen vaikuttavat seuraavat tekijät: mitä kehon osaa kosketetaan, mikä kehon osa koskettaa, miten kauan kosketus kestää, kosketuksen paine / voima, tapahtuuko kontaktin jälkeen liikettä, onko muita tilanteessa läsnä; jos on, keitä he ovat, tilanteessa olevien henkilöiden välinen suhde, sekä tilanne, jossa kosketus tapahtuu (esim. hautajaiset vs. urheilukilpailut) sekä tilanteen luoma mieliala. Kosketus ja koskettaminen ovat hyvin kulttuurisidonnaisia asioita kuten muutkin nonverbaalisen viestinnän osa-alueet. Eri kulttuureissa mm. tervehditään toisia ihmisiä hyvin eri tavoin koskettamalla. Esimerkiksi suomalaista viestintäkulttuuria ei voida pitää niinkään kosketuskulttuurina (Hakkarainen & Hyvärinen, 1999).

1.3 Skitsofrenian vaikutukset nonverbaalisuuteen

Nonverbaalisesta viestinnästä saatavat vihjeet voivat olla psykiatriassa hyvinkin tarpeellisia ja hyödyllisiä apuvälineitä (Brannigan & Humphries, 1972). Skitsofreniapotilaiden osalta on esimerkiksi tutkittu, että kasvon ilmeisiin ja eleisiin liittyvien poikkeavuuksien avulla voitiin luokitella diagnoosinsa mukaisesti oikein 80 % potilaista (Davison, Frith, Harrison-Read & Johnstone, 1996). Jo vuosikymmeniä sitten Grant (1968) on todennut, että psykiatrisilla potilailla on rajoittunut nonverbaalisen viestinnän repertuaari, mikä tietysti vaikeuttaa tätä kautta tapahtuvaa viestintää. Mitä vakavamasta sairaudesta on kyse, sitä suuremmat ovat puutteet nonverbaalisen viestinnän osa-alueella. Kuitenkin on havaittu potilaiden haastatteluja ja nonverbaalista viestintää arvioimalla, että nonverbaalisuuden repertuaari kasvaa terapian edetessä.

Nykytutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreniapotilailla on selviä puutteita sosiaalisissa kyvyissä (Bellack, Morrison, Wixted & Mueser, 1990). Puutteita esiintyy verbaalisella, nonverbaalisella sekä yleisten sosiaalisten taitojen alueilla, mutta myös sosiaalisessa ongelmanratkaisussa ja kyvyissä toimia sosiaalisissa rooleissa (Bellack, Blanchard & Mueser, 1996). Sosiaaliset taidot voidaan jaotella sosiaalisen viestinnän

havaitsemisen ja vastaanottamisen, viestin prosessoimisen sekä viestin lähettämisen taitoihin (Toomey, Wallace, Corrigan, Schulberg & Green, 1997). Nonverbaalisten vihjeiden havaitseminen on tärkeä osa sosiaalisen viestin vastaanottamista. Toomeyn ym. (1997) tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaat suoriutuivat huonommin sosiaalisessa päätöksenteossa ja sosiaalisessa ongelmanratkaisussa, johon nonverbaalinen havaitseminen kuuluu. Koska sosiaalisen viestin havaitseminen, prosessointi ja lähettäminen ovat vaiheita, jotka vaikuttavat toisiinsa, voidaan ajatella, että puutteet esimerkiksi nonverbaalisten vihjeiden havaitsemisessa vaikuttavat ehkäisevästi myös sosiaalisen viestin lähettämiseen, mikä on olennainen osa vuorovaikutusta. Skitsofreniaa sairastavilla puutteet nonverbaalisista vihjeistä saatavan sosiaalisen ja emotionaalisen tiedon havaitsemisessa voivatkin siis vaikuttaa laajemmin heidän sosiaaliseen toimintakykyynsä.

Skitsofreniapotilailla on todettu puutteita myös toisten ihmisten kasvoista ilmenevien tunteiden havaitsemisessa (Mandal, Pandey & Prasad, 1998). Tätä tukee tutkimus, jossa akuutit skitsofreniapotilaat suoriutuivat kontrolliryhmiä heikommin tunteiden ja yleisen havaitsemisen tehtävissä (Penn ym., 2000). Bellack ym., (1996) eivät omassa tutkimuksessaan kuitenkaan saaneet vahvistusta sille, että skitsofreniapotilailla olisi puutteita tulkita tunnevihtejä ja arvioida toisten ihmisten tunnetiloja. Tämä voi tutkijoiden mukaan johtua mm. siitä, että tutkittavat ovat passiivisia havaitsijoita, koska katsovat tunnetiloja kuvista, eivätkä täten joudu kohtaamaan samoja kognitiivisia vaatimuksia, mitä todelliset sosiaaliset tilanteet saavat aikaan. Näin ei myöskään tule esille sosiaalisen havaitsemisen puutteet. Skitsofreniapotilaiden omaa kasvojen ilmehdintää on myös tutkittu ja osoitettu, että heillä on vähemmän pään nyökkäyksiä, pudistuksia sekä leveitä ja pieniä hymyjä vuorovaikutustilanteessa (Davison ym., 1996).

Skitsofreniapotilaiden haastatteluja etologisella menetelmällä tutkittaessa on osoitettu skitsofreniapotilailla olevan puutteita nonverbaalisen ilmaisun kolmessa käyttäytymisen kategoriassa: prososiaalisessa käyttäytymisessä, eleissä sekä "korvaamistoiminnoissa" (displacement) (Troisi, Spalletta & Pasini, 1998). Prososiaalinen käyttäytyminen ilmaisee ystävällisyyttä ja pitää sisällään esim. kasvojen ilmeet ja pään liikkeet, jotka heijastavat positiivista asennetta ja kutsuvat vuorovaikutukseen. Eleisiin kuuluvat käden liikkeet, jotka selventävät tai tarkentavat puhetta. Korvaamistoiminnot ilmentävät lisääntyneitä jännitystä ja esiintyvät tilanteissa, joissa jännitys ja ahdistus kasvavat. Alhaisemmat pisteet näissä kategorioissa selittävät mahdollisesti skitsofreniapotilaista

välittyvää välinpitämätöntä mielikuvaa sekä sitä, miksi he harvoin herättävät vuorovaikutuskumppaneissaan empatiaa. Sama tutkimus osoitti myös, että psykiatristen oireiden ja nonverbaalisen käyttäytymisen välillä on vain hyvin pieni korrelaatio. Tämä tulos osoittaa, että sosiaalisen käyttäytymisen ongelmat ovat skitsofrenian lisäulottuvuus ja eroava osa psykiatrisista oireista.

Nonverbaalisen viestinnän osa-alueista katsekontaktia on tutkittu paljon. Eräässä tutkimuksessa vertailtiin paranoidisia, ei-paranoidisia skitsofreenikkoja sekä kontrolliryhmää kasvon liikkeiden osalta käyttäen etologista menetelmää (Pitman, Kolb & Singh, 1987). Seurattiin kasvonliikkeitä haastattelun aikana ja osoittautui, että ei-paranoidiset skitsofreenikot puhuivat haastattelussa vähemmän, ja heillä oli merkittävästi vähemmän katsekontaktia. Myös monet muut tutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreenikot välttelevät katsetta tai heillä on vähemmän katsekontaktia vuorovaikutustilanteissa (Troisi ym., 1998; Pansa-Henderson & Jones, 1982; Trower, 1980). Katsekontaktin avulla on voitu arvioida myös skitsofreniapotilaan ennustetta (Troisi, 1999). Etologista menetelmää käyttäen on arvioitu skitsofreniapotilaalle tehtyä haastattelua ja todettu, että hyvän ennusteen omaavat potilaat katsovat haastattelijaa enemmän silmiin kuin huonon ennusteen potilaat.

Läheisyys - etäisyys käyttäytymistä on tutkinut mm. Sommer, jonka tutkimuksissa skitsofreenikot valitsivat mieluummin joko etäiset, vinottain asetetut istuimet tai hyvin läheiset, vierekkäin asetetut paikat, toisin kuin kontrolliryhmän terveet henkilöt, jotka mieluummin istuivat kulmittain (Patterson & Edinger, 1987). Tämä johtuneesi siitä, että tilanteet, joissa istutaan vierekkäin eivät johda niin helposti vuorovaikutukseen kuin vastakkain istuttaessa. On myös todettu, että skitsofreniapotilailla henkilökohtaisen tilan tarve on suurempi kuin normaaleilla ihmisillä (Horowitz, Duff & Stratton, 1969). Suurimmillaan tämä oman henkilökohtaisen tilan tarve on sairauden akuutissa vaiheessa. Etäisyyden tarve pienenee siirryttäessä parempaan vaiheeseen ja sairaalasta kotiutumiseen. Toiset tutkijat, kuten Aronow ym. (1975), eivät kuitenkaan ole löytäneet eroja skitsofreniapotilaiden etäisyyden tarpeesta muihin henkilöihin. Syynä tähän voi olla mm. se, että osa tutkimuksista on tehty projektiivisilla henkilökohtaisen tilan tekniikoilla, mikä aiheuttaa tiettyjä rajoituksia. On huomioitava skitsofreniapotilaiden kognitiiviset puutokset, jolloin pyydettyjen tehtävien vaikeus vaikuttaa olennaisesti tuloksiin. Läheisyyttä ja etäisyyttä on myös tutkittu liittyen tunteiden ilmaisuun (Srivastava & Mandal, 1990). Skitsofreniaa sairastavia pyydettiin lähestymään eri

tunteita esittäviä kuvia sellaisen etäisyyden päähän, joka vielä tuntuu miellyttävältä. Tutkimus osoitti, että skitsofreniapotilaat vaativat suuremman henkilökohtaisen etäisyyden kuin vertailussa mukana olleet depressiiviset, ahdistuneet sekä normaali kontrolliryhmä. Todettiin myös, että erona muihin ryhmiin skitsofreniapotilailla oli tarve suurempaan etäisyyteen neutraalien, "nonaroused", tunneilmaisujen kohdalla (esim. ilo, suru, neutraali). Tämä osoittaa, että skitsofreniaa sairastavat vetäytyvät eniten niistä tunneilmaisuksista, jotka vaativat vuorovaikutuksessa intiiminpää etäisyyttä.

Kosketusta tutkittaessa on muistettava, että jokainen kokee kosketuksen omalla tavallaan, eikä ole olemassa yhtä ainoa ja oikeaa kosketusta tai tapaa kokea kosketus. Skitsofreniapotilailla kosketuksen kokeminen voi kuitenkin olla erilaista kuin muilla ihmisillä. Skitsofreniapotilailla sosiaalinen vetäytyminen voi mm. aiheuttaa sen, että kosketusta ja kontaktia vältetään. Toisen henkilön koskettamisen voidaan ajatella olevan kontaktin etsimistä tai luomista, joka skitsofreniapotilailla on usein vähentynyt tai estynyt. Skitsofreniapotilaiden kinesteettinen aisti voi olla häiriintynyt monista erisyistä johtuen (Roxendal, 1986). Tällöin potilas voi kokea kosketuksen "vääristyneenä" esim. kosketuksen voimakkuuden tai paineen suhteen. Tällöin ystävällinen halauskin voi tuntua epämiellyttävänä. Kyseinen häiriö voi vaikuttaa myös skitsofreniapotilaan alustasuhteeseen, joka voi olla epäluottavainen. Tällöin potilas ei pysty esim. rentoutumaan makuulla. Skitsofreniapotilas saattaa välttää toisen henkilön kosketusta myös siitä syystä, että hänen oma reviirinsä rajansa on suuri. Lisäksi minän rajojen epäselvyys voi aiheuttaa sen, että kosketus koetaan epämukavana tai kosketellaan ketä vain, missä vain.

Skitsofrenian nonverbaalinen dimensio ja erityisesti motoriikka ovat jo kauan olleet tutkimuksen kohteita, ja erityiset motoriikkaan liittyvät häiriöt ovat auttaneet sairauden diagnosoinnissa (Stanton-Jones, 1992). Lääkityksen tuleminen mukaan kuvioihin on kuitenkin vaikeuttanut tähän perustuvaa diagnosointia, sillä lääkeyksien sivuvaikutukset liittyvät usein motorisen toiminnan häiriöihin kuten liikkumisen jäähmyyteen sekä dyskineettisiin eli "tahdottomiin" liikkeisiin (Shore, 1994; Stanton-Jones, 1992). Liikkeeseen ja motoriikkaan voi myös vaikuttaa skitsofrenian neurologinen etiologia. Skitsofreniaan liittyy yleisesti akinesia, mikä tarkoittaa potilaiden spontaanisten liikkeiden ja kasvon ilmeiden, mutta myös muun spontaanisen käyttäytymisen vähentymistä (Stanton-Jones, 1992). Myös akatisiaa voi esiintyä pitkäaikaispotilailla. He ovat levottomia, eivätkä pysy paikallaan hetkeä pidempää. Lisäksi skitsofrenikoilla voi olla liikkumattomuutta, outoja ruumiin asentoja sekä symbolisia asentoja, esimerkiksi ristiinnaulittu asento

(Argyle, 1988; Isohanni ym. 2001). Caracci ym. (1990) ovat dyskineettisiä liikkeitä tutkiessaan todenneet, että skitsofreniapotilaista vain 25% oli täysin tietoisia näistä liikkeistä ja 55% ei lainkaan. Caraccin ym. mukaan tämä tiedostamattomuus on yhteydessä yleisemminkin potilaiden tiedostamattomuuteen omaa sairauttaan kohtaan. Skitsofreniapotilaan ryhtiin, asentoon ja liikkumiseen voivat myötävaikuttaa mm. mielialanvaihtelut, vireystila, motorisen aktiivisuuden taso, pakkoliikkeet, liikestereotypiat, lihasjännitystaso, suhde kehon keskilinjaan, suhde tilaan, suhde alustaan eri alkuasenoissa, liikevirtaus, myötäliikkeet, liikkeiden eriytyneisyys ja hengitys (Roxendal 1993). Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että skitsofreniaa sairastavan henkilön liikkuminen, asento ja ulkoinen olemus voivat olla monella tapaa poikkeavia. Kuitenkaan ei voida varmasti sanoa, mitkä poikkeavuudet johtuvat itse sairaudesta, ja mitkä lääkityksestä tai neurologisista poikkeavuuksista.

1.4 Ruumiinkuva

Ajatellaan, että ruumis ja keho ei koskaan valehtele. Toisen ihmisen tunteet ja persoona näkyvät hänen tavassaan olla olemassa kehossaan ja tavassaan liikkua. Keholla viestitään paljon, mutta keho myös viestii jokaiselle eri asioita, eri tavalla. Jokaisen käsitys omasta ruumistaan, oma ruumiinkuva on erilainen ja erilaisilla määriteltävissä.

Ruumiinkuva voidaan määritellä myös tieteellisesti monin erin tavoin, minkä vuoksi myös ruumiinkuvan tutkimuksessa on hyvinkin erilaisia painotuksia (Blinnikka, 1989). Suomenkielessä on käytetty useita termejä kuvaamaan "body-image" käsitettä. On puhuttu kehonkuvasta, ruumiinkuvasta, ruumiinkaavasta ja -kaaviosta, kehonkaavasta ja -kaaviosta, ruumisminästä ja ruumiskuvasta (Hägglund & Piha, 1979). Nykypäivän käsitys on, että pitäisi puhua ruumiista, koska sana keho on keinotekoisesti luotu. Ruumiinkuva on moniulotteinen ja laaja kokonaisuus. Jokainen voi kokea ruumiin kautta hyvin erilaisia asioita ja havainnoida ruumistaan eri tavoin (Fisher, 1990). Lisäksi ruumiinkokemus voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta. Tämän vuoksi ei ole olemassa yhtä ruumiinkuvan entiteettiä ja ruumiinkuva voidaan määritellä monin tavoin.

Lehtonen (1991) käyttää käsitettä ”body ego” puhuessaan ruumiin olemassaolosta. Tällä ruumisegolla hän tarkoittaa erityistä kokemusta, joka syntyy ja tulee todeksi psyykkisten mielihyväkokemusten ja fyysisen todellisuuden (äiti vauvalle) yhteensulautumisesta. Tämä voi olla esimerkiksi äidin rinnasta tulevan sensorisen kokemuksen, joka edustaa fyysistä todellisuutta, yhteensulautuminen psyykkisen mielihyväkokemuksen kanssa. Tämä yhteensulautuminen mahdollistaa ruumisegon kehittymisen, ja näin olemassaololle muodostuu uusi kokonaisuus. Tämä yhteensulautuminen voi tapahtua ainoastaan objektisuhteissa. Ruumiinkuva eroaa Lehtosen mukaan ruumisegosta siten, että ruumiinkuva viittaa myöhempään ja artikuloitumpaan ruumiin kokemukseen, joka voidaan verbalisoida, ja joka lähtee ruumisegosta käsin.

Schilderin (1950) mukaan ruumiinkuva on ihmisen mielessä oleva kuva, käsitys omasta ruumiista. Tähän kuuluu kaikki aistimukset, jotka kehon kautta saadaan: kosketusaistimukset, kipu, lämpö, lihasten kautta tulevat aistimukset jne. Ruumiinkuva on siis ihmisen tieto- ja tunnepohjainen mielikuva omasta kehosta. Kokemus omasta ruumiista on arkielämän peruskokemus, vaikka asiaan ei juurikaan kiinnitetä huomiota jokapäiväisessä elämässä (Blinnikka, 1993). Merleau-Pontyn (1962) mukaan ruumis ja ruumiinkuva on perustava kokemuksellinen viitekehys, joka luo järjestystä ja tarkoitusta vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa. Ruumis on ainoa pysyvä kokemuksen perusta, joka luo myös tasapainoa havaitsemiseen.

1.5 Skitsofreniapotilaan ruumiinkuva

Tasapainoisessa elämäntilanteessa mieli käyttää kehoa oikein, ja keho elää niin kuin sitä eletään (Sandström, 1999). Tasapaino voi kuitenkin häilyä, ja ruumiinkuvan eheyden voi rikkoa todellisuudentajun menettäminen. Tällainen tilanne voi olla skitsofreniapotilalle erityisesti sairauden akuutissa vaiheessa.

Skitsofreniapotilaiden ruumiinkuvaa on tutkittu mm. kehoon kohdistuvien harhaluulojen ja –aistimusten kautta (McGilchrist & Cutting, 1995). Näin on voitu tutkia mihin ruumiin osiin, alueisiin tai toimintoihin harhat kohdistuvat, ja miten ruumiinkuva on häiriintynyt harhojen aikana. McGilchristin ja Cuttingin (1995) tekemän tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaiden harhat liittyivät enemmänkin mielen ja kehon suhteeseen

kuin itse kehon kokonaisuuteen. Tämän vuoksi harhat liittyivät lähinnä kontrollin menettämiseen suhteessa omaan kehoon sekä omasta kehosta vieraantumiseen, irtautumiseen. Skitsofrenian akuutissa vaiheessa mielen ja kehon välinen yhteys näytti hajonneen kokonaan. Tämän kautta on hyvinkin ymmärrettävää, että skitsofreniapotilaiden ruumiin rajojen ja oman kehollisuuden kokeminen voi olla hyvinkin vaikeaa.

Kehollisuuden kokeminen ja ruumiinkuva liittyvät myös skitsofreniapotilaiden negatiivisiin oireisiin (Isohanni ym. 2001). Negatiivisiin oireisiin kuuluu kehollisuuden ja tunneilmaisun latistuminen. Potilas ei pysty kasvonilmeillään, eleillään, äänensävyllään tai katseellaan viestittämään erilaisia tunnetiloja. Potilas ei tuolloin myöskään käytä käsiään tai kehonsa asentoja ilmaisunsa apuna. Nämä sairauden mukanaan tuomat seikat vaikuttavat varmasti myös ruumiinkuvan kokemiseen.

Blinnikka ja Hakanen (1990) käsittelevät psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan yhteydessä McDougallin psykoanalyttispohjaista termiä "psykoottinen ruumis". Tällöin ruumis ei enää ole se erottava tekijä muiden ja itsen sekä sisäpuolen ja ulkopuolen välillä. Psykoottinen ihminen ei siis välttämättä koe elävänsä omassa ruumiissaan, jolloin ihmissuhteet voidaan kokea kauhistuttavina ja ruumiinkuva epäselvänä. Blinnikan ja Hakasen (1990) tutkimuksen mukaan psykiatrisen potilaan ruumiinkuva on häilyvä, ja kontakti omaan ruumiiseen huonompi kuin normaaliryhmällä. Kokemus ruumiinkuvasta on tämän tutkimuksen mukaan myös negatiivisempi.

Skitsofreniapotilaiden hajaantunut minä vaikuttaa ruumiin kokemuksiin. 552 skitsofreniapotilaan tutkimus osoitti, että eniten oireita, jotka osoittivat minän ja kehon hajoamista, oli liittyen kehon osien tai koko kehon vaihtumiseen tai siihen, että kehon osat tai koko keho eivät enää sovi yhteen tai ovat kuolleet kokonaan (Scharfetter, 1999).

1.6 Tutkimuksen tavoitteet ja kysymyksenasettelu

Tutkimuksessani käytetään laadullista tutkimusotetta ja analyysin pohjana on grounded theory –lähestymistapa. Tutkimus lähti liikkeelle ideasta kehittää uudenlainen ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma skitsofreniapotilaille. Idean pohjalla oli Mikkelin Moision sairaalan positiiviset kokemukset siellä toteutetuista sosiaalisten taitojen ryhmistä skitsofreniaa sairastaville. Yhdessä sairaalan johtavan psykologin kanssa mietimme, miten yhdistää tämän tyyppiseen kuntoutukseen liikunnallisuus ja erityisesti ruumiillisuus, jotka olivat omia kiinnostuksen kohteitani. Tästä lähti liikkeelle projekti, jossa kehitettiin kuntoutusmuoto, joka lähestyy nonverbaalista viestintää ja kehollisuutta osana vuorovaikutustilanteita. Ryhmä sai nimekseen Kehonkieli –ryhmä, joka on tämän tutkimuksen taustalla.

Tutkimusta ja Kehonkieli –ryhmää rakennettaessa esille nousivat seuraavat tavoitteet. Ensimmäinen tavoite oli, että ryhmään osallistuminen tutustuttaa skitsofreniapotilaat omaan kehoon ja ruumiinkuvaan sekä parantaa heidän itsetuntemustaan ja oman kehollisuuden hallintaa. Toisena ryhmän tavoitteena oli opettaa potilaat tunnistamaan ja käsittelemään sekä toisten ihmisten, että omaa nonverbaalista viestintää osana vuorovaikutusta. Kolmantena tavoitteena oli harjoitella nonverbaalisen viestinnän taitoja erilaisissa arkipäivän tilanteissa. Näistä tavoitteista nousivat myös tutkimukseni kiinnostuksen kohteet.

Tutkimusongelmat voidaan tiivistää seuraavasti:

- 1) Minkälaisia merkityksiä nonverbaalinen viestintä ja ruumiillisuus saavat skitsofreniaa sairastavilla?
- 2) Muuttuvatko nämä merkitykset Kehonkieli –ryhmän aikana?

2. TUTKIMUSMENETELMÄT

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa käsitellään kokonaisuutena (Alasuutari, 1999), ja lähtökohtana tutkimukselle on usein todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997). Pyrkimyksenä laadullisessa tutkimuksessa on ennemminkin löytää tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym., 1997).

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu erilaisia tyypillisiä piirteitä (Hirsjärvi ym., 1997). Ihminen on usein laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun instrumentti, ja usein analyysin kohteina ovat haastattelut, sillä laadullisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Koska pyritään paljastamaan odottamattomia asioita, lähtökohtana on aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkimusjoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ja sekä tutkimus että tutkimussuunnitelma muovautuvat edetessään. Tutkimuksen aineisto on ainutlaatuinen, minkä vuoksi sitä myös tutkitaan sen mukaisesti.

“Laadullinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta“ (Alasuutari, 1999, 39). Tämä tarkoittaa, että havaintoja tarkastellaan aina vain tietystä näkökulmasta, ja niitä myös yhdistetään, mikä saa aikaan pelkistämisen. Tämän jälkeen arvoitusta yritetään ratkaista, luoda merkityksiä, tulkita aineistoa, etsiä johtolankoja. Analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja sitä kautta tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta, 1998). Analyysia tehtäessä aineistoa voidaan pitää teoreettisen ajattelun lähtökohtana ja apuvälineenä tai voidaan pitäytyä tiukasti aineistossa, kuten tehdään grounded theory – lähestymistavassa, joka on tämän tutkimuksen analyysin taustana.

2.1 Kohderyhmä ja tutkimusjärjestelyt

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kymmenen skitsofreniapotilasta Mikkelistä Moision sairaalasta. Ennen tutkimukseen osallistuvien valintaa jaettiin lähinnä sairaalan yhdelle osastolle, kotiuttamisvalmennusyksikön henkilökunnalle esitteitä tulevasta Kehonkieli –ryhmästä ja siihen liittyvästä tutkimuksesta, jotta hoitajat voisivat miettiä mahdollisia osallistujia ryhmään. Tämän jälkeen samaisella osastolla pidettiin tiedotustilaisuus potilaille tulevasta ryhmästä ja pyrittiin herättämään heidän mielenkiintoaan. Tutkimukseen osallistuneet potilaat tulivat kotiuttamisvalmennusyksiköstä tai avohoidosta, ja heidät valittiin oman halukkuutensa ja hoitajien arvioiman soveltuvuuden perusteella. Ensimmäiseen tutkimusryhmään, joka on tämän tutkimuksen kohderyhmä, valittiin satunnaisesti viisi potilasta, jotka osallistuivat Kehonkieli -ryhmään. Toiset viisi potilasta muodostivat tutkimusvaiheessa kontrolliryhmän. He saivat tilaisuuden Kehonkieli –ryhmään seuraavalla puolivuotiskaudella. Kriteereinä tutkimus- ja kontrolliryhmään valitsemiselle oli skitsofreniadiagnoosi sekä riittävä keskittymiskyky ja oireiden hallinta.

Sekä tutkimus- että kontrolliryhmän potilailta pyydettiin kirjallinen tutkimuslupa. Tapasin kaikki kymmenen potilasta ennen ryhmään valintaa ja selitin heille tutkimukseen ja ryhmään liittyviä vaatimuksia. Samassa yhteydessä pyysin heiltä kirjalliset tutkimusluvut. Tutkimukseen valitut viisi potilasta osallistuivat Kehonkieli –ryhmään kolmen kuukauden ajan tammikuusta toukokuulle 2002 kaksi kertaa viikossa.

Valitun ryhmän kokoonpano oli neljä miestä, joista kaksi oli 37-vuotiaita, yksi 32 ja yksi 45 -vuotias. Ryhmän viides jäsen oli 37 -vuotias nainen. Ryhmän keski-ikäsi tuli 37.6 vuotta. Kaikki ryhmään osallistuneet olivat sairastaneet skitsofreniaa jo usean vuoden ajan, ja olivat pitkäaikaispotilaita. Sairastumisvuodet vaihtelivat vuodesta 1982 vuoteen 1994. Ryhmäläisistä neljä tuli sairaalan kotiuttamisvalmennusyksiköstä ja yksi avohoidosta.

2.1.1 Kehonkieli –ryhmä

Kehonkieli -ryhmää ryhdyttiin suunnittelemaan yhdessä fysioterapeutin kanssa, ja lopputuloksena syntyi manuaali, jossa ryhmän sisältö, rakenne ja harjoitukset sekä teoreettinen tausta on tarkkaan selvitetty. Harjoitusten suunnittelussa konsultoitiin PhD, dosentti Marja Cantellia Jyväskylän yliopistosta (Cantell, 2002). Manuaalista tuli pohja, jonka mukaan ryhmää lähdettiin toteuttamaan. Ryhmää ohjasivat fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä mielenterveyshoitaja. Itse olin ryhmässä mukana tutkijan roolissa, vaikka toisinaan jouduin tilanteen sanelemana toimimaan myös osittain vetäjän roolissa. Roolini oli lähinnä olla hiljainen tarkkailija, mutta osallistuin aktiivisesti kaikkiin ryhmän harjoituksiin ja otin toisinaan esille olennaisia asioita.

Kehonkieli –ryhmässä lähestyttiin liikettä, kehollisuutta ja nonverbaalisuutta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa erilaisten strukturoitujen harjoitusten avulla. Tehtävät harjoitukset liittyivät kehon tuntemukseen sekä nonverbaaliseen viestintään erilaisissa arkipäivän tilanteissa. Ryhmän sisältönä olivat neljä eri aihealuetta: ryhti, asennot ja liikkuminen, läheisyys – etäisyys, katsekontakti sekä kosketus, joihin sekä kehonhahmotus- että nonverbaalisen käyttäytymisen harjoitukset liittyivät. Jokainen Kehonkieli –ryhmän tapaamiskerta koostui sekä kehollisuuteen ja kehon hahmottamiseen liittyvistä harjoitteista että sosiaalisista tilanteista, joissa nonverbaalista viestintää harjoiteltiin.

Nonverbaalisen viestinnän harjoituksissa noudatettiin sosiaalisten taitojen opettamisen vaiheittaista mallia, joka perustuu yleiseen oppimisteoriaan (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997). Vaiheisiin liittyvät taidon, harjoituksen perusteleva, taitoon liittyvien omien kokemusten miettiminen sekä harjoitukset, joista saadaan malli sekä palaute. Lisäksi osallistujat saivat kotitehtäviä liittyen ryhmän aihealueisiin, millä pyrittiin siirtämään opittuja asioita arkeen.

Ennen ryhmän alkua pidettiin pilottiryhmä, joka kokoontui viisi kertaa. Tarkoituksena oli kokeilla eri tyyppisiä harjoituksia, joita manuaalissa oli, ja muokata näitä varsinaista ryhmää varten mikäli tarpeellista. Pilottiryhmään osallistuivat ryhmän vetäjien lisäksi kaksi fysioterapeuttia sekä kaksi skitsofreniapotilasta. He saivat antaa vapaasti palautetta harjoituksiin ja vetämiseen liittyen, minkä pohjalta voitiin tehdä muutoksia varsinaista ryhmää varten.

2.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Tutkittaville viidelle potilaalle tehtiin alkumittauksena haastattelu, joka toimi myös loppumittauksena. Tutkimuksessa käytetty haastattelu (liite 1) oli strukturoitu ja koostui kysymyksistä koskien tutkittavien käsityksiä omasta kehollisuudesta, ruumiinkuvasta sekä nonverbaalisesta viestinnästä. Laadin haastattelun kysymykset käyttäen hyväksi lähinnä jo kehiteltyjä haastattelukysymyksiä, mutta mukana oli myös itse laadittuja kysymyksiä, jotka vastasivat Kehonkieli -ryhmässä esiintyviä teemoja. Kysymyksiä laadittaessa tarkoituksena oli antaa tutkittaville aktiivinen arvioitsijan rooli, mikä skitsofreniapotilaille voi arkipäivän tilanteissa olla vaikeaa ja unohtua.

Nonverbaalisen viestinnän kysymyksiä laatiessani käytin hyväksi Åströmin, Thorellin, D'Elia (1993) kehittämää haastattelua, jossa on arvioitu psykoterapian tervehtimistilanteessa nonverbaaliseen viestintään kohdistuvia asenteita. Lisäksi käytin Interpersonal Cues Interview haastattelun kysymyksiä (Fichten, Tagalakis, Judd, Wright & Amsel, 1992). Tässä haastattelussa on tutkittu ihmisten käsityksiä koskien kommunikaatio-vihjeitä, jotka kertovat kiinnostuksesta tai sen puutteesta. Kysymykset käsittelivät toisten ihmisten nonverbaalisen ja verbaalisen kommunikaation ilmaisua ja tulkin-taa. Ruumiinkuvaa ja kehollisuutta koskevissa kysymyksissä lainasin kysymyksiä Bunkanin (1996) laatimasta ruumiinkuvan eri aspektien arviointilomakkeesta. Suomeksi kysymykset on kääntänyt Riitta Keskinen-Rosenqvist. Näistä lähteistä poimittuja kysymyksiä muokkasinkin yhdessä pro gradu tutkimuksen ohjaajan sekä Moision sairaalan johtavan psykologin kanssa ajatellen lähinnä niiden toimivuutta juuri skitsofreniaa sairastavien kanssa.

Kokeilin haastattelun toimivuutta pilottitutkimuksen avulla, jossa haastattelin yhtä pilottiryhmään osallistunutta fysioterapeuttia sekä yhtä potilasta. Heidän palautteensa toimi viimeisenä vaiheena tutkimushaastattelun muokkaamisessa.

Tutkimushaastattelun kysymykset olivat samat sekä alku- että loppumittauksissa. Näin voitiin arvioida mahdollista muutosta, joka ryhmän aikana syntyi. Liitin loppuhaastatteluun muutaman uuden kysymyksen, jossa haastateltavien piti arvioida ryhmän positiivisia ja negatiivisia puolia sekä omia oppimiskokemuksiaan.

Alkuhaastattelut suoritettiin tammikuun 2002 aikana ennen Kehonkieli -ryhmän alkua. Loppuhaastattelujen ajankohta oli toukokuussa 2002 ryhmän päättymisen jälkeen.

Jokainen haastattelu videoitiin, ja lisäksi kirjasin asioita ylös haastattelun aikana. Yksi haastattelu oli kestoltaan 30-60 min riippuen haastateltavan tuotteliaisuudesta. Pyrin muodostamaan haastatteluista miellyttäviä keskustelutilanteita, mutta näytti siltä, että videon läsnäolo aiheutti jännitystä ja häiritsi monia. Pysyttelin tiukasti laatimissani kysymyksissä, mutta pyrin myös saamaan tarkennusta asioihin, jotka jäivät epäselviksi. Haastattelujen jälkeen kirjoitin ylös havainnointejani koskien haastateltavan käyttäytymistä tutkimustilanteessa. Ajattelin tämän, osin myös nonverbaalisuuden havainnoimisen, helpottavan analyysin tekoa ja merkitysten löytämistä. Jokaisen haastattelun jälkeen katsoin nauhat lähinnä tarkastaakseni kaiken olevan tallella. Tehtyäni kaikki haastattelut ryhdyin litteroimaan niitä puhtaaksi.

Ryhmää suunniteltaessa pidin päiväkirjaa, johon kirjasin ylös, mitä milloinkin on tehty sekä omia ajatuksiani ja kommentteja liittyen ryhmän ja tutkimuksen suunnitteluun. Jatkoin päiväkirjan pitämistä ryhmän alettua kirjoittaen siihen ryhmän tapahtumia sekä niihin liittyviä ajatuksiani. Analyysivaiheessa jatkoin muistioden kirjoittamista, ja kirjasin ylös ongelmia, ajatuksiani, analyysin eri vaiheita sekä erityisesti ideoita ja pohdintoja, joita nousi aineistoa tarkasteltaessa. Grounded theoryn mukaiselle lähestymistavalle keskeistä onkin se, että tutkija kirjoittaa memoja ja piirtää diagrammeja, mikä mahdollistaa teoreettisen viitekehyksen ideoiden nousemisen (McLeod, 2001). Näin pysytään mahdollisimman lähellä aineistoa ja viedään analyysia eteenpäin.

2.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistoni analyysin pohjana on grounded theory –lähestymistapa, joka on teoriapainotteinen kvalitatiivinen aineiston analyysitapa (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Se perustuu erityyppisiin luokitteluihin, erityisesti teoreettiseen koodaukseen, eli siihen, miten kategoriat liittyvät toisiinsa osana esille nousevaa teoriaa.

Grounded theory -suuntauksen periaatteisiin kuuluu, että tutkimusongelma on laaja, avoin ja toimintasuuntautunut (McLeod, 2001). Tutkimusongelmaan liittyen valitaan esimerkkitapauksia, joita on mielellään 8 - 20. Jos tapauksia on vähemmän, on tutkimus tapaustutkimusperustainen (case-study based) kuten tässä tutkimuksessa. Suuntaukseen kuuluu teoreettiseen taustan etsiminen, mutta tutkijan ei ole tarkoitus katsastaa läpi

kaikkea kirjallisuutta etukäteen, vaan ilmiötä lähestytään avoimin mielin. Grounded theory -lähestymistavan periaatteisiin kuuluu myös tiedonkeruun ja analyysin samanaikaisuus. Jokainen haastattelu tai observaatio tulisi analysoida mahdollisimman pian keräämisen jälkeen. Analysoitavien tapausten valinta tehdään teoreettisen kiinnostuksen pohjalta, ei useinkaan satunnaisesti. Tässä tutkimuksessa lähtökohtana oli pitkäaikaiskitsofreniapotilaat, joista tutkimusryhmä kuitenkin valittiin satunnaisesti. Suuntauksen mukaan tiedonkeruuvaihe loppuu, kun kategoria tai teoria on kyllästetty eli kun tutkija saa uusia ideoita, näkemyksiä kerätystä tiedosta. Tätä kutsutaan teoreettiseksi saturaatioksi (Strauss & Corbin, 1990).

Analysoitavaa materiaalia lukiessa tehdään kolmenlaista koodausta: avointa koodausta, akselikoodausta ja selektiivistä koodausta (Strauss & Corbin, 1990, 1998). Avoimella koodauksella tarkoitetaan tutkijan havaintoja ja arvioita siitä, mistä kussakin vaiheessa voisi olla kysymys (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Tässä vaiheessa voidaan jo miettiä tapahtumien välisiä yhteyksiä. Luodaan vaihtoehtoisia kategorioita sekä merkityksiköitä ja voidaan esittää itselle kysymys, mitä muuta tämä voisi merkitä (McLeod, 2001). Jokaiseen luotuun kategoriaan kuuluu otsikko, haastattelusiteeraus tai merkityksikkö, johon kategoria viittaa. Sitten kategorioita tutkitaan kokonaisuudessaan ja tunnistetaan korkeamman asteen kategoriat. Akselikoodauksella (axial coding) syvennetään kategorioita (Hirsjärvi & Hurme, 2000) ja tutkitaan kategorioiden välisiä yhteyksiä (McLeod, 2001). Tunnistetaan siis ne olosuhteet, joissa kategoriat ilmenevät ja niiden ilmenemisen seuraukset eli mitä niistä seuraa. Selektiivisessä koodauksessa integroidaan koko materiaali (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Ensin pyritään löytämään juoni, joka nousee tutkimuksen ydinkategoriaksi. Tälle kehitetään sen ulottuvuudet, ja myöhemmin tähän ydinkategoriaan liitetään muita luokkia (Strauss & Corbin, 1990).

Grounded theory -lähestymistavan keskeisenä osana on vertailla eri kategorioiden merkityksiä (McLeod, 2001). Tämä onkin keskeinen osa analyysiä, ja sitä kutsutaan analyttiseksi vertailumetodiksi (Hirsjärvi & Hurme, 2000). Tämä tarkoittaa sitä, että uutta koodattua ja luokiteltua merkityksikköä verrataan jokaiseen aikaisemmin luokitettuun ja koodattuun (Maykut & Morehouse, 1994). Mikäli se ei sovi mihinkään aiempaan luokkaan, täytyy muodostaa uusi luokka.

2.4 Merkitysyksiköiden muodostaminen

Aineiston analyysi alkoi litteroidun tekstin lukemisella. Tekstiä on kuitenkin suurena kokonaisuutena vaikea hahmottaa, joten seuraava vaihe oli aineiston jakaminen pienempiin osiin. Aineistoa voi analysoida joko sanoittain, riveittäin, lauseittain tai jopa yhtenä kokonaisuutena (Strauss & Corbin, 1998). Itse päätin analysoida pieniä yhden tai useamman lauseen pituisia pätkiä. Jaottelin tekstiä pieniin osiin, jotka käsittelivät samaa asiaa tai olivat merkitykseltään suhteellisen samanarvoisia. Käytin hyväksi Microsoft Word -97 -tekstinkäsittely-ohjelmaa, jonka avulla jaoin tekstin taulukoksi. Tämä menetelmä on osoittautunut käyttökelpoiseksi laadullisen aineiston analyysissä (Carney, Joiner & Tragou, 1997). Käytin analyysissäni ohjaajani menetelmästä muokkaamaa sovellusta (Aaltonen, 2002). Jaottelemistani pienistä haastattelupätkistä tuli aina yksi kenttä taulukkoon. Nämä haastattelupätkät numeroin alkaen numerosta 1, ja jokaiseen numeroon liitin kirjaimen A - E sen mukaan, kenen kuntoutujan haastattelupätkästä oli kysymys. Näin jokainen haastattelupätkä oli merkittynä 1.A...65.B...100.C...145.D ja 225.E. Näistä numero - kirjainkoodeista muodostui taulukon ensimmäinen sarake. Toisen sarakkeen muodostivat haastattelupätkät. Taulukointi mahdollisti sen, että alkuperäinen haastattelumateriaali kulki koko ajan mukana analyysin eri vaiheissa. Näin pystyttiin aina palaamaan analyysin edelliseen vaiheeseen, mikä on tavanomaista grounded theoryn mukaiselle analyysille (Strauss & Corbin, 1990).

Taulukon seuraava eli kolmas sarake oli varattuna merkitysyksiköitä varten, mikä oli analyysin seuraava vaihe. Tarkoitukseni oli löytää jokaisesta haastattelupätkästä olennainen merkitys ja kirjoittaa se helposti ymmärrettävään muotoon eli tiivistää se, mitä haastateltava on halunnut tuoda julki. Pyrin saamaan merkitysyksiköistä noin yhden lauseen pituisia. Näitä tiivistettyjä merkitysyksiköitä tuli alkuhaastatteluista yhteensä 225 ja loppuhaastatteluista 242 kappaletta. Muotoilin merkitysyksikköjä vielä uudelleen useampaan otteeseen analyysin myöhemmissä vaiheissa, jotta sain niistä mahdollisimman informatiivisia ja selkeitä. Esimerkki tästä tiivistämisestä on liitteenä (liite 2). Taulukon neljäs ja viides sarake olivat tarkoitettut esille nouseville kategorioille, ala- ja yläkategorioille. Taulukko 1 kuvaa tätä analyysitapaa.

TAULUKKO 1. Aineiston analyysiin käytetty taulukko

Koodi	Haastatteluteksti	Merkitysyksikkö	Alakategoria	Yläkategoria
3.A	Millä tavalla sinä ilmaiset asioita sanattomasti tuo on jo vaikeempi kysymys kyllä miä sen näytän tuota että mitä minä ajattelen aika omasta mielestäni aika selkeesti jos minä haluan tuota tosiaan sitä lähestyä kyllä mää sen näytän Miten sää sen näytät se on tietyt eleet ja tuota ilmeet	Näyttää selkeästi tiettyjen eleiden ja ilmeiden avulla haluaako lähestyä toista	Halukkuus Kasvot viestittäjinä	Kontakti

2.5 Kategorioiden muodostaminen

Seuraava vaihe oli löytää merkitysyksiköitä yhdistäviä kategorioita. Alkuun yritin hahmottaa kaikkien haastateltavien aineistoa yhtenä kokonaisuutena. Huomasin kuitenkin, että on helpompi edetä tarkastellen ensin yhden kuntoutujan aineistoa kokonaisuutena. Tämän jälkeen oli helpompi vertailla eri kuntoutujien käsityksiä ja merkityksiä keskenään. Jatkuva vertailu kuuluu olennaisena osana grounded theory – lähestymistapaan (Strauss & Corbin, 1998). Kuntoutujien jaottelun lisäksi jaoin aineiston nonverbaalisuuden ja ruumiillisuuden kokonaisuuksiin, joista molemmista nousivat omat merkityksensä.

Tutkijan omalla pohdinnalla ja järjen konstruktoilla on suuri rooli siinä, mistä luotavat ja koodattavat kategoriat nousevat esiin (McLeod, 2001). Lisäksi tekniset termit ja käsitteet, joita saa tutkimusaiheeseen liittyvästä teoreettisesta- ja ammattikirjallisuudesta, voivat auttaa kategorioiden esiin nousemista. Myös tutkittavien käyttämä kieli luo omia kategorioitaan. Itse koin kategorioiden esiin nousemisen analyysin vaikeimpana kohtana. Aluksi pysyttelin liiankin lähellä alkuperäistä haastatteluaineistoa, jolloin myös kategoriat pysyivät hyvin suppeina. Analyysin edetessä kategorioiden nimet muuttuivat useaan otteeseen ja niistä tuli yhä abstraktimpia.

Käsittelin esille nousevia kategorioita jokaisen kuntoutujan kohdalla kuvioiden muodossa, sillä näin oli helpompi havainnollistaa, mitä merkityksiä nonverbaalisuus ja ruumiillisuus saa. Kartoitus (mapping) tai kuvioiden piirtäminen on hyödyllinen tapa tehdä selkoa aineistosta, koska näin voidaan tutkia mm. kategorioiden välisiä suhteita (Dey, 1993). Nonverbaalisuuden merkityksiä kuvaavissa kuvioissa on laatikoita, jotka kuvaavat esille nousseita kategorioita, ylä- tai alakategorioita. Nämä ovat jollain tavalla yhteydessä toisiinsa, joko nuolin tai viivoin, riippuen onko niiden välinen suhde syy-seuraus -suhde vai ei. Viivat viittaavat siihen, mitkä kategoriat kuuluvat minkäkin kategorian alle tai ovat tasavertaisia keskenään, kun taas nuolet kertovat siitä, mihin tietty asia johtaa tai mistä se kertoo, lähinnä mistä nonverbaalisuus kertoo. Katkoviivoin merkityt suhteet ovat oletettavia suhteita ja yhteyksiä, jotka ovat lähinnä omaa tulkintaani aineistosta. Katkenneet nuolet viittaavat puolestaan jonkin asian estymiseen tai keskeytymiseen. Nuolien suunta kertoo kategorioiden välisten suhteiden suunnasta (Dey, 1993). Joidenkin laatikoiden välillä on + -merkki, mikä viittaa näiden asioiden yhteenkuulumiseen, mikä edelleen johtaa johonkin kolmanteen asiaan. Isoilla kirjaimilla merkityt laatikot ovat tavallaan yläkategorioita, ydinkategorioita, joihin muut kategoriat jollain tapaa johtavat tai liittyvät. Jokaisessa kategorialaatikossa on numeroita, jotka viittaavat alkuperäisestä haastattelusta tiivistettyihin merkitysyksiköihin, jotka löytyvät liitteistä (liitteet 3 ja 4). Kuvioiden alla on tarkempi selitys esille nousseista merkityksistä sekä muutama esimerkki haastattelupätkistä muodostetuista tiivistetyistä merkitysyksiköistä, joista kategoriat ovat nousseet. Loppuhaastattelujen kuvioissa olen erottanut kuntoutujien itsensä kokeman muutoksen (ryhmän tiedostettu merkitys) sekä muun haastattelussa esiintyvän nonverbaalisuuden muutoksen.

Ruumiillisuuden kokemuksista tein oman kuvionsa, jossa on kaksi janaa kuvaamassa eri ulottuvuuksia. Eri kategoriat ovat asettuneet janoille suhteessa janojen ääripäihin. Lisäksi kuviossa on jokaisen kategorian kohdalla sen kuntoutujan koodi, A - E, jonka tiivistettyjä merkitysyksiköitä kategoriaan kuuluu. Kategorioihin kuuluvat tiivistetyt merkitysyksiköt löytyvät liitteenä (liite 5).

Analyysin ja kategorioiden etsimisen aloitin alkuhaastatteluista. Tämän jälkeen siirryin analysoimaan loppuhaastatteluja. Tämä vaihe oli ehkä alkua hieman helpompi, sillä loppuhaastatteluista pystyi löytämään samoja kategorioita mitä alkuhaastatteluista. Vaikeaa oli kuitenkin pysyä mahdollisimman avoimena loppuhaastatteluille eikä pitäytyä liiaksi alkuhaastatteluista nousevissa kategorioissa.

3. TUTKIMUSTULOKSET

3.1 Kuntoutujien nonverbaalisuuden merkitykset

3.1.1 Kuntoutuja A¹

Kuntoutuja A on 45-vuotias mieshenkilö, joka on sairastunut skitsofreniaan vuonna 1982. Hän asuu yksin ja käy sairaalassa vain intervallijaksoilla, ja on siis avohoidon potilas.

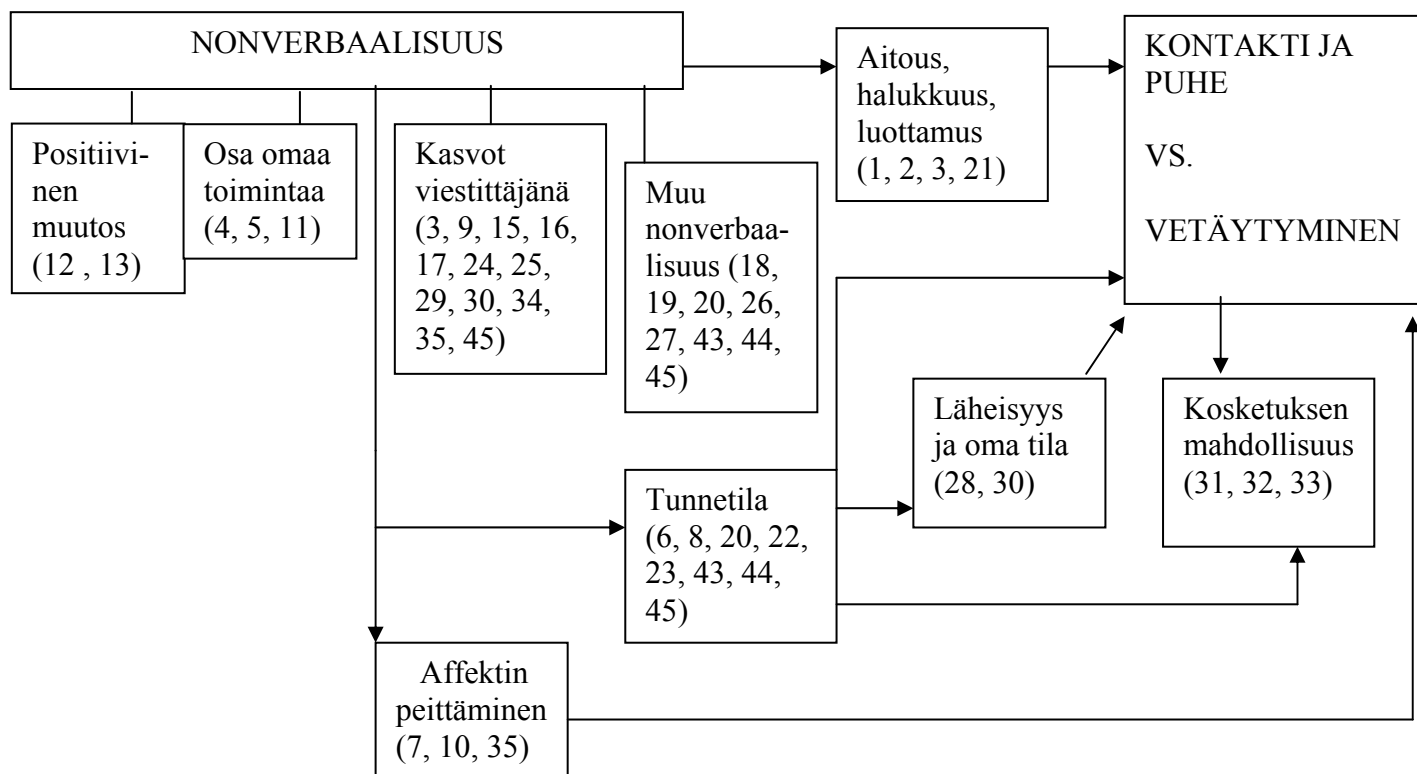
Kuntoutuja kokee nonverbaalisen viestinnän luontevaksi, jopa automaattiseksi osaksi omaa toimintaansa ja arkipäiväänsä, mistä muodostuu kategoria Osa omaa toimintaa (kuvio 1²), *5.A Sanaton viestintä arkielämässä jatkuvasti mukana*. Usein sitä ei edes tule ajatelleeksi, vaan oma nonverbaalisuus tapahtuu refleksimäisesti. Hänen oma nonverbaalinen viestintänsä on iän, mutta myös sairauden myötä kehittynyt ja parantunut *12.A Nuorempana hiljainen ja jäykkä viestimään, mutta nyt parantunut*. Tätä kuvaa kategoria Positiivinen muutos (kuvio 1).

Kuntoutuja ajattelee, että nonverbaalinen viestintä on vastavuoroista ja aktiivista viestintää. Hän tunnistaa oman nonverbaalisen ilmaisunsa, mutta havainnoi myös toisten nonverbaalisia viestejä aktiivisesti. Nonverbaalisuuden kategoriaita kuntoutujalle ovat Kasvot viestittäjänä sekä Muu nonverbaalisuus (kuvio1). Lähes tärkein viestin välittäjä on kasvot, *24.A Utelias katse ja ilme kasvoilla kertoo, että toinen on kiinnostunut*, mutta myös muu nonverbaalisuus, kuten äänensävy ja kehon liikkeet ovat merkitseviä, *20.A Kasvojen ilmeet, tapa kätellä, kävelytyyli merkitsevät paljon ja vaikuttavat omaan mielialaan*.

¹ Tapaukset on naamioitu tunnistamattomiksi.

² Kuvioissa sulkujen sisällä olevat numerot viittaavat kuntoutujien haastatteluista muodostettuihin tiivistettyihin merkitysyksiköihin, jotka ovat liitteenä (liitteet 3 ja 4).

KUVIO 1. Kuntoutuja A:n alkahaastattelu.



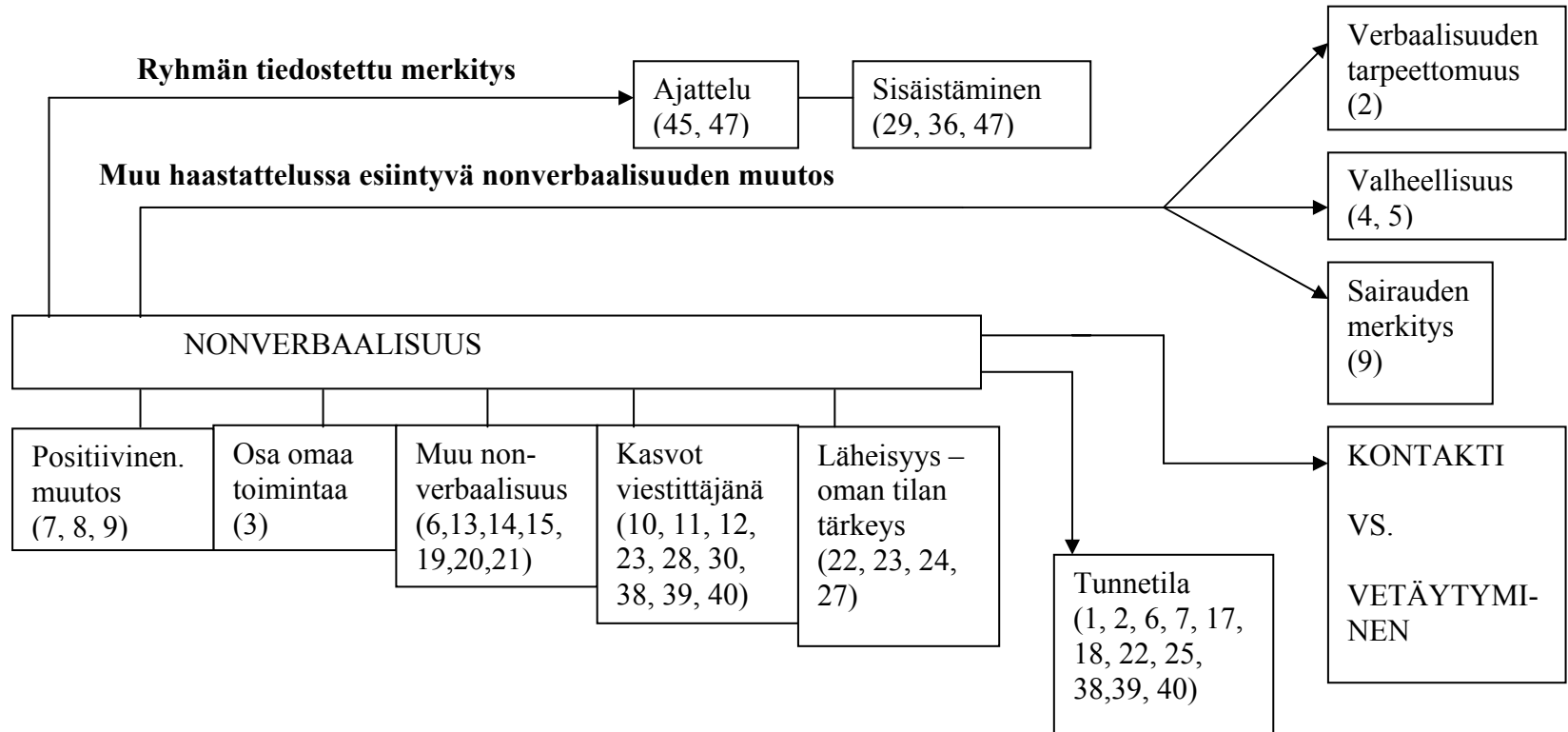
Erityinen merkitys on katsekontaktilla *34.A Pyrkimys katsekontaktiin aina kun mahdollista, mutta ei tuijottelua.*

Nonverbaalisuus kokonaisuutena välittää viestin, joka kertoo vastapuolen tai omasta vallitsevasta tunnetilasta. Tähän Tunnetila-kategoriaan kuuluvat sekä psyyken että ruumiin tunteet. Nonverbaalisten viestien kautta kuntoutuja näkee ja voi ilmaista sen, miten halukas on ottamaan kontaktia toiseen vai haluaako olla yksin ja vetäytyä, *2.A Sanattoman viestinnän höyry, että kertoo voiko ihmistä lähestyä ja miten.* Kontaktin tai vetäytymisen edellytyksenä on nonverbaalisuuden kautta välittyvä tieto halukkuudesta kontaktiin tai henkilöiden välisestä luottamuksen asteesta, *21.A Sanattoman viestinnän asiat kertoo luotettavuudesta: miten ihmiselle voi puhua.* Kuntoutujalle tärkeää nonverbaalisessa viestissä on sen aitous ja totuudenmukaisuus. Nämä kolme tekijää muodostavat yhteisen kategorian (kuvio1).

Nonverbaalisesta viestistä välittyvällä tunnetilalla on olennainen merkitys siinä, miten kuntoutuja itse kokee läheisyyden. Välittyvä tunnetila ja kontaktin syntyminen mahdollistavat kosketuksen. Kosketukseen sisältyy olennaisena merkityksenä aitous, mikä takaa kosketuksen miellyttävyyden.

Lisäulottuvuus kuntoutujan nonverbaalisuuden merkityksissä on kategoria Affektin peittäminen, erityisesti negatiivisten affektien. Hän ei voi ilmaista vihaisuutta, koska se näkyisi nonverbaalisuuden kautta selvästi. Tämän vuoksi hän peittää tämän ja rajoittaa omaa nonverbaalista viestintäänsä, mikä mahdollistaa kontaktin luomisen puheen kautta, jolloin voi mahdollisesti viestittää vallitsevan affektin, *35.A Kun ei pidä toisesta ihmisestä katsetta pyrkii välttämään.*

KUVIO 2. Kuntoutuja A:n loppuhaastattelu.



Kuntoutuja A:n loppuhaastattelussa ovat säilyneet nonverbaalisuuden kategoriat Positiivinen muutos, Osa omaa toimintaa, Muu nonverbaalisuus sekä Kasvot viestittäjänä (kuvio 2). Käsitys nonverbaalisuudesta ei siis ole juurikaan muuttunut, ja katse on yhä erityisen tärkeä viestinnän väline *28.A Katsoo aina silmiin, katsekontakti on ensimmäinen asia, kun näkee ihmisen*. Nonverbaalinen viestintä on edelleen vastavuoroista ja aktiivista. Myös tunnetilan merkitys on pysynyt samana: nonverbaalisuus viestittää tunteita, psyyken ja ruumiin tunnetiloja. Tunnetilalla on edelleen suuri merkitys siinä, syntykö kontakti vai vetäytykö kuntoutuja. Luottamuksen syntymistä hän ei enää tuo esille, vaan kontaktin tai vetäytymisen edellytyksenä toimii pitkälti vallitseva tunnetila, mikä välittyy nonverbaalisuuden kautta.

Läheisyys on saanut yhden uuden lisämerkityksen, sillä loppuhaastatteluissa korostuu oman tilan tärkeys ja liikaan läheisyyteen liittyvä epämiellyttävyyden tunne alkuhaastatteluja enemmän *22.A Liika läheisyys tuottaa kiusaantuneisuuden tunteen, oltava vähän omaa reviiriä*. Tästä syystä on kategoria Läheisyys ja oma tila muuttunut Läheisyys - oman tilan tärkeys –kategoriaksi.

Kuntoutujan aineistosta voi havaita kolme uutta nonverbaalisuuteen liittyvää lisäulottuvuutta, jotka ovat Verbaalisuuden tarpeettomuus, Valheellisuus sekä Sairauden merkitys –kategoriat (kuvio 2). Kuntoutujan mielestä nonverbaalisuus kertoo ne asiat, mitä olisi joutunut muuten kyselemään, joten sanoja ei aina tarvita. Lisäksi kuntoutuja kokee, että nonverbaalista viestintää voi itse vääristää *5.A Sanatonta viestintää voi näytellä*. Oman sairauden vaikutuksen nonverbaalisuuteen hän myös tunnistaa.

Ryhmän vaikutuksia kysyttäessä kuntoutuja kuvaa asioita, jotka voidaan liittää Ajattelun ja Sisäistämisen -kategorioihin. Kuntoutuja koki ryhmän vaikuttaneen eniten ajatteluun, mutta myös oman toiminnan havaitsemiseen ja sitä kautta oppimiseen *36.A Liikkumista pyrkinyt ryhdistämään, 47.A Ryhmä laittoi ajattelemaan ja huomasi oman tuijottelun*.

3.1.2 Kuntoutuja B

Kuntoutuja B on 37-vuotias mieshenkilö, joka on sairastunut skitsofreniaan vuonna 1992. Hän on ollut jo pidemmän aikaa kotiuttamisvalmennusyksikön potilas.

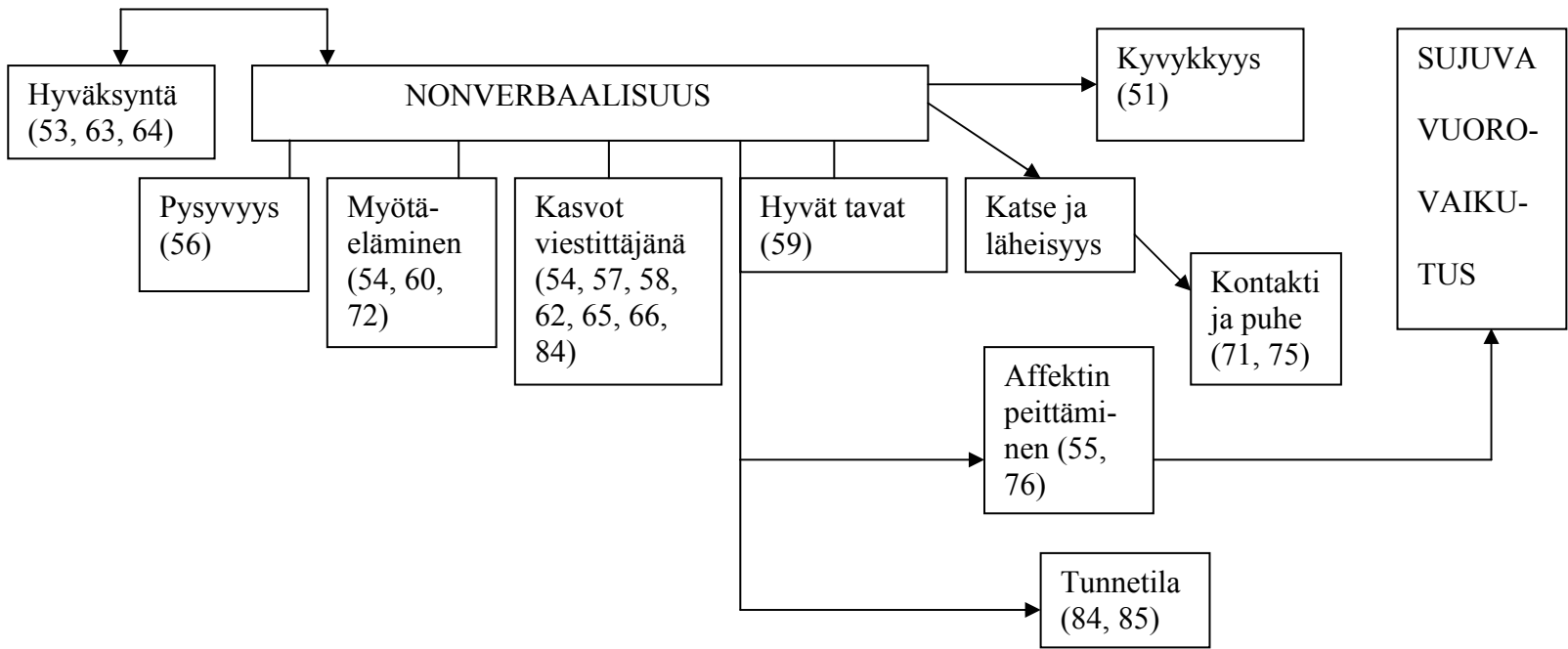
Kuntoutuja B:lle nonverbaaliset viestit takaavat sujuvan vuorovaikutuksen, joka ei sisällä minkäänlaisia konflikteja. Koska tämä on koko hänen alkuhaastatteluaan hallitseva teema, voidaan tästä muodostaa kategoria Sujuva vuorovaikutus (kuvio 3), johon oikeanlainen nonverbaalisuuskin johtaa. Vuorovaikutustilanteessa lähtökohtana on se, että itse tai toinen osapuoli hyväksyy tilanteen ja sen henkilöt. Tämä hyväksyntä välittyy nonverbaalisuuden kautta, *63.B Hymy kertoo tapaamisen hyväksymisestä*. Toisaalta nonverbaalinen viestintä ilmentää henkilön kyvykkyyttä: kun viestii nonverbaalisesti, osaa ilmaista asioita hyvin. Kuntoutuja pitää omaa nonverbaalista viestintäänsä pysyvänä, muuttumattomana asiana, johon ei ole mm. sairaus vaikuttanut.

Kuntoutujan nonverbaalisuus voidaan jaotella Myötäeläminen, Kasvot viestittäjänä ja Hyvät tavat –kategorioihin (kuvio 3). Nonverbaalinen viestintä merkitsee kuntoutuja B:lle myötäelämistä, jossa hän itse elää mukana toisen tunteessa tai on samaa mieltä toisen kanssa, *54.B Myötätuntoisten asioiden ilmaisu nyökkäämällä sujuu hyvin*. Hyvät tavat puolestaan voivat ilmetä sanattomasti mm. tervehtiessä. Kehon eri alueista lähinnä kasvojen alue on se, mikä viestittää asioita nonverbaalisesti. Katse ja läheisyys toimivat välittäjänä kontaktin muodostumisessa ja puheen aloittamisessa sekä mahdollistavat sitä kautta sujuvan vuorovaikutuksen, *71.B Sopiva etäisyys auttaa saamaan kontaktin..*

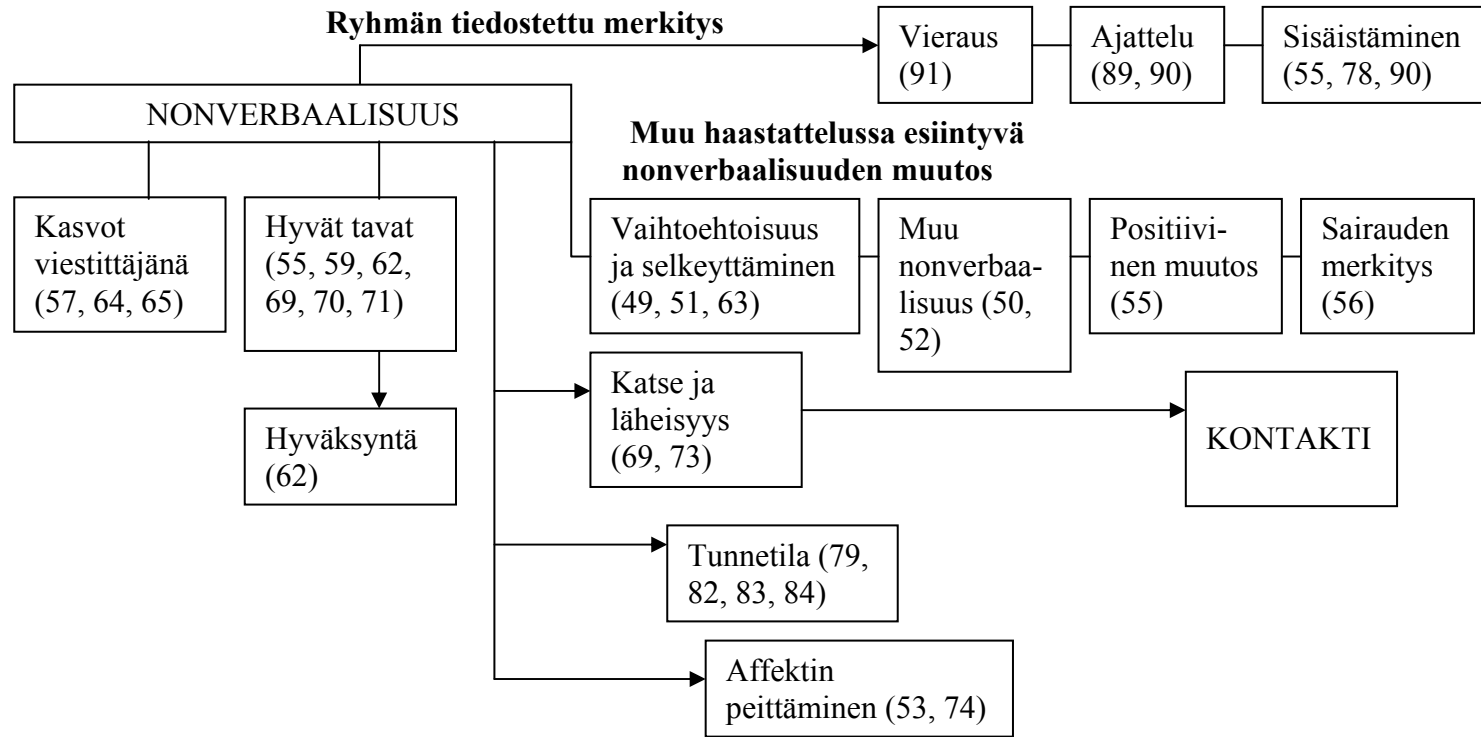
Tunnetila –kategoria (kuvio 3) pitää sisällään merkitysyksiköt, jotka kertovat, miten nonverbaalisuus kertoo tunneviestin. Esimerkiksi pahamieli vaikuttaa niin paljon, että se muuttaa jo täysin kuntoutujan omaa toimintaa. Kuten kuntoutuja A:n kohdalla myös kuntoutuja B pyrkii peittämään affektin, erityisesti negatiivisen tunteen, rajoittamalla omaa nonverbaalisuuttaan mm. katseen osalta, *76.B Suuttuessa ei katsekontaktia*.

Kuntoutujan aineistosta välittyy ajatus vuorovaikutuksen sujuvuudesta ja mukavuudesta, mihin nonverbaalisuudenkin avulla pyritään pääsemään. Kuntoutujan käsitys nonverbaalisuudesta on vastavuoroista, mutta hänelle näyttää merkitsevän enemmän toisten nonverbaalisuus kuin oma.

KUVIO 3. Kuntoutujia B:n alkuhaastattelu.



KUVIO 4. Kuntoutuja B:n loppuhaastattelu.



Kuntoutuja B:n merkitykset pysyivät loppuhaastattelussa osin samoina, ja kategoriat Kasvot viestittäjänä ja Hyvät tavat pysyivät ennallaan nonverbaalisuuden osa-alueina (kuvio 4). Mukaan tuli myös uusia merkityksiä, joista olennaisin muutos oli hänen käsityksensä omasta nonverbaalisuudestaan. Positiivinen muutos ja Sairauden merkitys –kategoriat (kuvio 4) kuvaavat tätä muutosta. Ryhmän jälkeen kuntoutuja huomioi muutoksia omassa sanattomassa ilmaisussaan, mitä hän alkuhaastattelussa ei tehnyt. Lisäksi hän liittää näihin muutoksiin myös sairauden vaikutuksen *55.B Sanaton viestintä muuttunut selvemmäksi ja luontevammaksi, erityisesti tervehtiminen, 56.B Sairauden aikana vähemmän sanatonta ilmaisua.*

Hyväksyntä -kategoria on sikäli muuttanut paikkaansa, että nyt Hyvät tavat johtaa siihen, että vuorovaikutuskumppani hyväksyy tilanteen. Lisäulottuvuutena nonverbaalisuuteen on tullut Muu nonverbaalisuus -kategoria, jossa kuntoutuja liittää mukaan myös asennon ja ryhdin merkitykset. Tunnetila –kategoriaan on kuntoutuja erityisesti liittänyt asennon ja ryhdin merkityksiä, mikä poikkeaa alkuhaastatteluista, *79.B Asento silloin huonompi kun mikään ei miellytä, 84.B Iloisena kevyt olo ja reippaampi ryhti.* Tunteet siis näkyvät kuntoutujan mukaan selkeästi nonverbaalisuudessa, erityisesti asennossa.

Lisäkategoriana on mukaan tullut Vaihtoehtoisuus ja selkeyttäminen kategoria (kuvio 4), joka kertoo kuntoutujan asettamista funktioista nonverbaalisuudelle, *49.B Sanaton viestintä auttaa saamaan asiat selviksi ja toivoisi tätä puheen sijaan, 51.B Tilanteissa, joissa ei puhuta paljoa, viestii sanattomasti.*

Loppuhaastatteluissa kuntoutuja kokee katseen ja läheisyyden olevan edelleen edellytys kontaktille. Hän tuo alkuhaastatteluja enemmän esiin kontaktiin pyrkimystä vuorovaikutustilanteissa eikä enää niinkään sujuvan vuorovaikutuksen merkityksiä.

Kuntoutuja kokee ryhmän vaikuttaneen eniten ajatteluun, *90.B Ryhmä antoi ajateltavaa, miten toimia eri tilanteissa, mm oppi tervehtimään ja katsomaan silmiin.* Haastattelusta on myös havaittavissa selkeää ryhmän asioiden sisäistämistä, *78.B Pitäisi seistä suurempana.* Kuitenkin kuntoutuja pitää edelleen nonverbaalisuutta itselle ”ei niin tuttua” -alueena, mistä syntyi Vieraus -kategoria.

3.1.3 Kuntoutuja C

Kuntoutuja C on 37-vuotias mieshenkilö, joka on sairastunut skitsofreniaan vuonna 1983. Hän on sairaalan kotiuttamisvalmennusyksikön potilas.

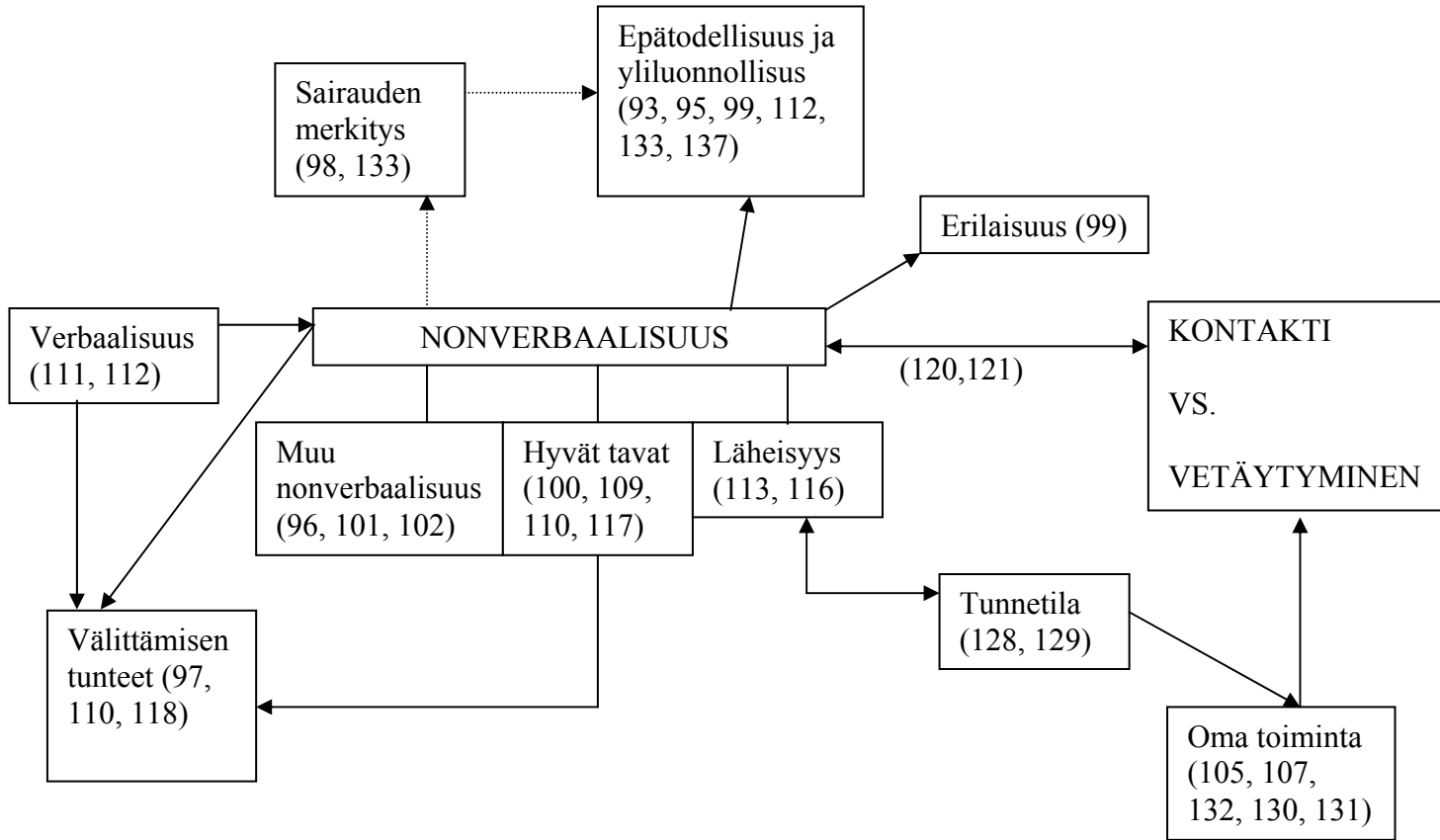
Kuntoutuja C:n merkitykset rakentuvat monille eri ulottuvuuksille (kuvio 5). Toisaalta hän pitää verbaalisuutta tärkeänä ja toisinaan ainoana oikeana vaihtoehtona, mutta hän myös tunnistaa nonverbaalisuuden eri muotoja, joita olen nimennyt Muu nonverbaalisuus, Hyvät tavat ja Läheisyys –kategorioiksi (kuvio 5). Lisäksi hän otti mukaan nonverbaalisuuden yliluonnollisuus –ulottuvuuden, mikä oli tässä aineistossa ainutkertaista.

Kuntoutujan mukaan sanaton viestintä on jotain yliluonnollista ja epätodellista, johon ei voi oikein itse vaikuttaa, mutta jota toisaalta alkoholi saa aikaan. Myös sairaus on tuonut mukanaan outoja, yliluonnollisia tuntemuksia ja ajatuksia, jotka kuntoutuja jollain tasolla yhdistää sanattomaan viestintään. Nämä merkitykset liittyvät Epätodellisuus ja yliluonnollisuus –kategoriaan. Toisaalta nonverbaalisuus on hänelle myös keino toimia eri tavalla, oudostikin, mikä ei ole todellista. Tästä muodostuu kategoria Erilaisuus. Kokonaisuudessaan kuvastuu siis ajatus nonverbaalisuudesta epätodellisena ja verbaalisuudesta todellisena aspektina, *137.C Haavemaailma ja telepatia sanatonta viestintää, mutta muistettava todellisuus.*

Nonverbaalisuus auttaa kuntoutujaa muodostamaan kontaktin toiseen henkilöön, mutta myös kertomaan toisen vallitsevasta affektista, josta muodostuu kategoria Tunnetila. Tämä tunnetila toimii välittävänä osana omaan toimintaan *105.C Ensin huomioi tuikean käytöksen, mikä kertoo aggressiivisuudesta, ja toimii vasta sitten.* Myös läheisyys kertoo toisen tunnetilasta tai vaikuttaa omaan tunnetilaan ja muokkaa sitä kautta omaa toimintaa: *107.C Läheisyyden avulla näkee mielialan, minkä jälkeen voi päättää miten toimii.*

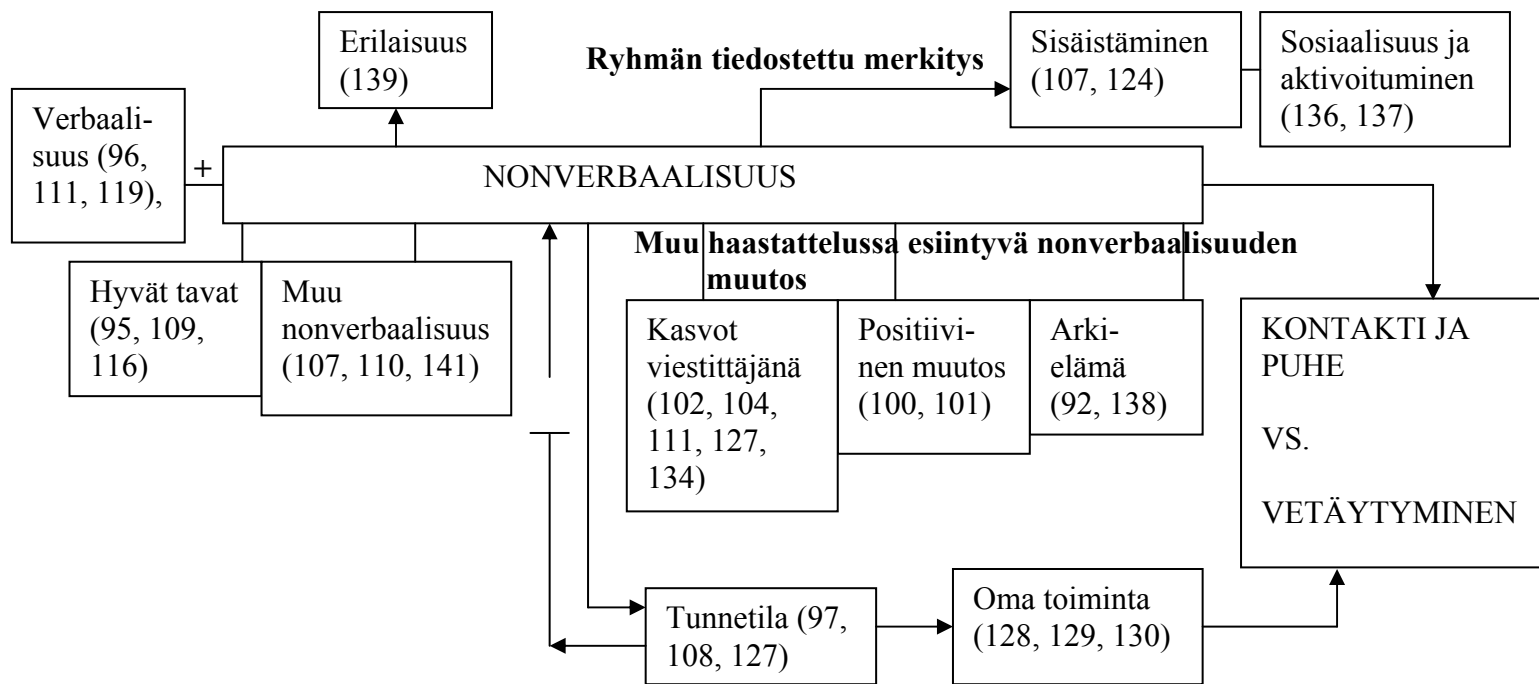
Kuntoutujan mukaan tietyissä tilanteissa verbaalisuus on välttämättömyys ja nonverbaalisuus mahdotonta. Näin on mm. puhelimessa sekä silloin, kun todella välittää toisesta ihmisestä, ja tämä pitää kertoa. Toisaalta hän tuo myös esille sen, että nonverbaalisuudella eli lähinnä kosketuksella voi myös ilmaista syvää välittämistä.

KUVIO 5. Kuntoutuja C:n alkuaastattelun.



Nonverbaalisuudeksi hän käsittää erilaiset eleet ja liikkeet erityisesti, rock-maailmaan kuuluvat merkit ja symbolit, jotka ilmaisevat tiettyjä asioita, *102.C Rokkieleet ja -liikkeet sekä viittomakieli ilmaisevat kiinnostusta*. Nämä merkitykset kuuluivat Muu nonverbaalisuus -kategoriaan (kuvio 5). Kuntoutuja C tuo kuntoutuja B:n tavoin esille hyviin tapoihin liittyvän nonverbaalisen ulottuvuuden. Hyvät tavat toimivat toisaalta hänelle myös yhtenä keinona viestittää toiselle välittämistä. Kokonaisuudessaan kuntoutuja asettaa nonverbaalisuudelle hyvin monia merkityksiä, joista osa perustuu haluun luoda kontaktia toiseen tai vetäytyä vuorovaikutuksesta. Nonverbaalisuuden havainnointi on hänellä enemmän vastavuoroista kuin yksisuuntaista. Kuitenkin verbaalisuus on yleensä kontaktin muodostamisen lähtökohta nonverbaalisuuden seurattessa tätä.

KUVIO 6. Kuntoutuja C:n loppuhaastattelu.



Kuntoutuja C:n loppuhaastattelussa Verbaalisuus -kategoria (kuvio 6) on edelleen säilyttänyt olennaisen osansa vuorovaikutuksessa, mutta Välittämisen tunteet -kategoria ei enää ilmene loppuhaastattelussa. Verbaalisuus on edelleen ensimmäinen kontaktin aste, jota nonverbaalisuus seuraa. Kuitenkin vieraissa tilanteissa etenemisjärjestys on päinvastainen, *94.C Jos vieraampi tilanne ensin katse sitten keskustelu*. Kuntoutuja C näkee siis nonverbaalisuuden ja verbaalisuuden toisiinsa kuuluvana pakettina. Toisaalta nonverbaalisuus kuuluu tilanteisiin, joissa verbaalisuutta ei tarvita, *96.C Asiat puhutaan, mutta jos ei asiaa voi viestiä sanattomasti*.

Uutena nonverbaalisuuden osa-alueena on tullut mukaan Kasvot viestittäjänä -kategoria, johon kuuluu kuusi merkitysyksikköä. Lisänä on myös tullut nonverbaalisuuden liittäminen arkielämän taitoihin, *92.C Sanattoman viestinnän opettelu kertaa perusasioita, joita tarvitaan joka päivä* sekä omassa käyttäytymisessä tapahtunut muutos, jota kuvaa Positiivinen muutos -kategoria, *100.C Aiemmin ei olisi pystynyt keskittymään ryhmään, koska mukana oli alkoholi, naiset, musiikki*.

Tunnetilaan on tullut yksi uusi suunta, vaikeus ilmaista tunteita, *97.C Tunneasioita, kiellettyjä tunteita vaikea ilmaista*. Eli tiettyjä tunteita ei voi viestittää nonverbaalisesti tai tunne rajoittaa nonverbaalisuutta, mitä ilmentää katkennut nuoli (kuvio 6). Tämä liittyyneen kuitenkin enemmän yleisempään tunteiden ilmaisemisen vaikeuteen kuin erityisesti nonverbaaliseen ilmaisuun.

Kuntoutuja korostaa loppuhaastattelussa vielä alkuhaastattelua painokkaammin erilaisuutta ja jokaisen omaa minää, *139.C Hyvä, että otetaan mallia ja opitaan perusasiat, mutta muistettava ja otettava huomioon, että jokainen ihminen on erilainen*. Hän pitää siis myös nonverbaalisuutta alueena, jossa jokainen toimii omalla, itselle tyypillisellä tavalla.

Myös tämän kuntoutujan haastattelussa tulee esiin ryhmän tiedostettu merkitys Sisäistäminen -kategorian muodossa, *107.C Ryhmän mukaisten asioiden huomioiminen tärkeää: ryhti, ystävällinen katse, käden mittainen kosketus*. Näissä merkityksissä näkyy selkeästi ryhmässä esiintuodut asiat. Toiseksi ryhmän vaikutukseksi nimesin Sosiaalisuus ja aktivoituminen -kategorian, jotka olivat kuntoutujalle ryhmän tärkeimpiä anteja.

3.1.4 Kuntoutuja D

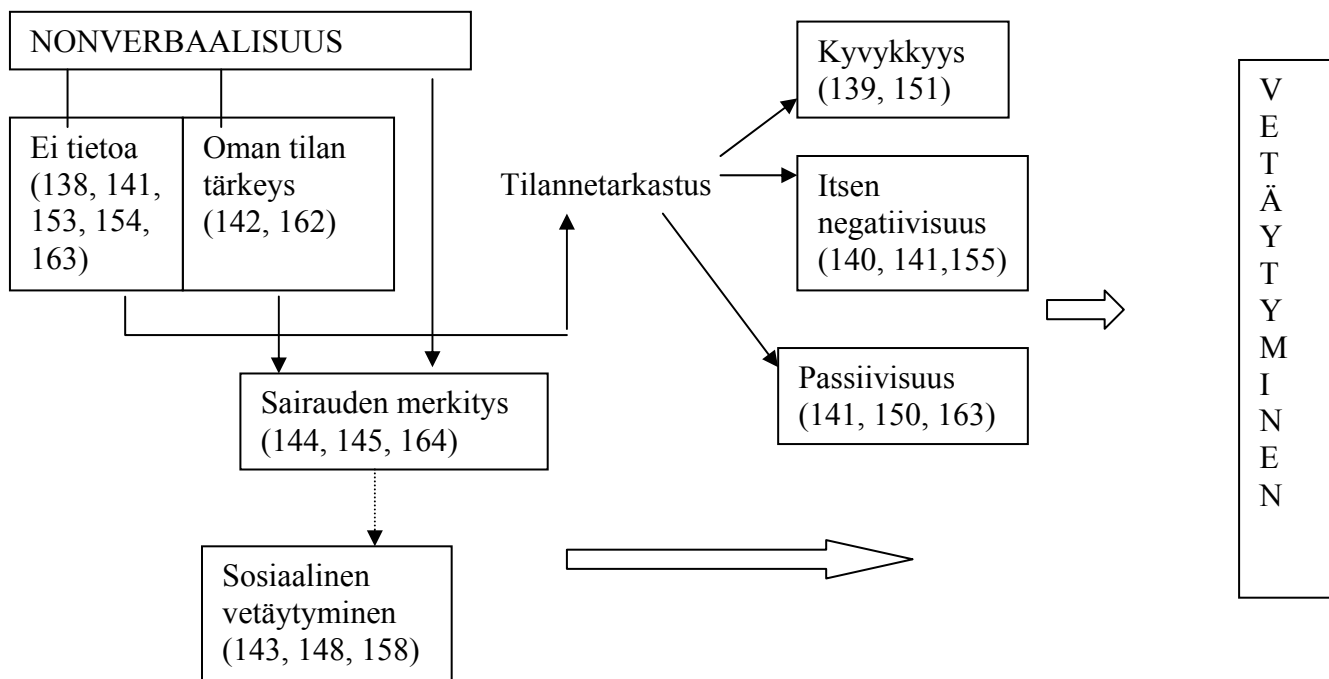
Kuntoutuja D on 32-vuotias mieshenkilö, joka on sairastunut vuonna 1994. Hän asuu yksin, mutta käy sairaalassa päivittäin työssä ja kuuluu kotiuttamisvalmennusyksikköön.

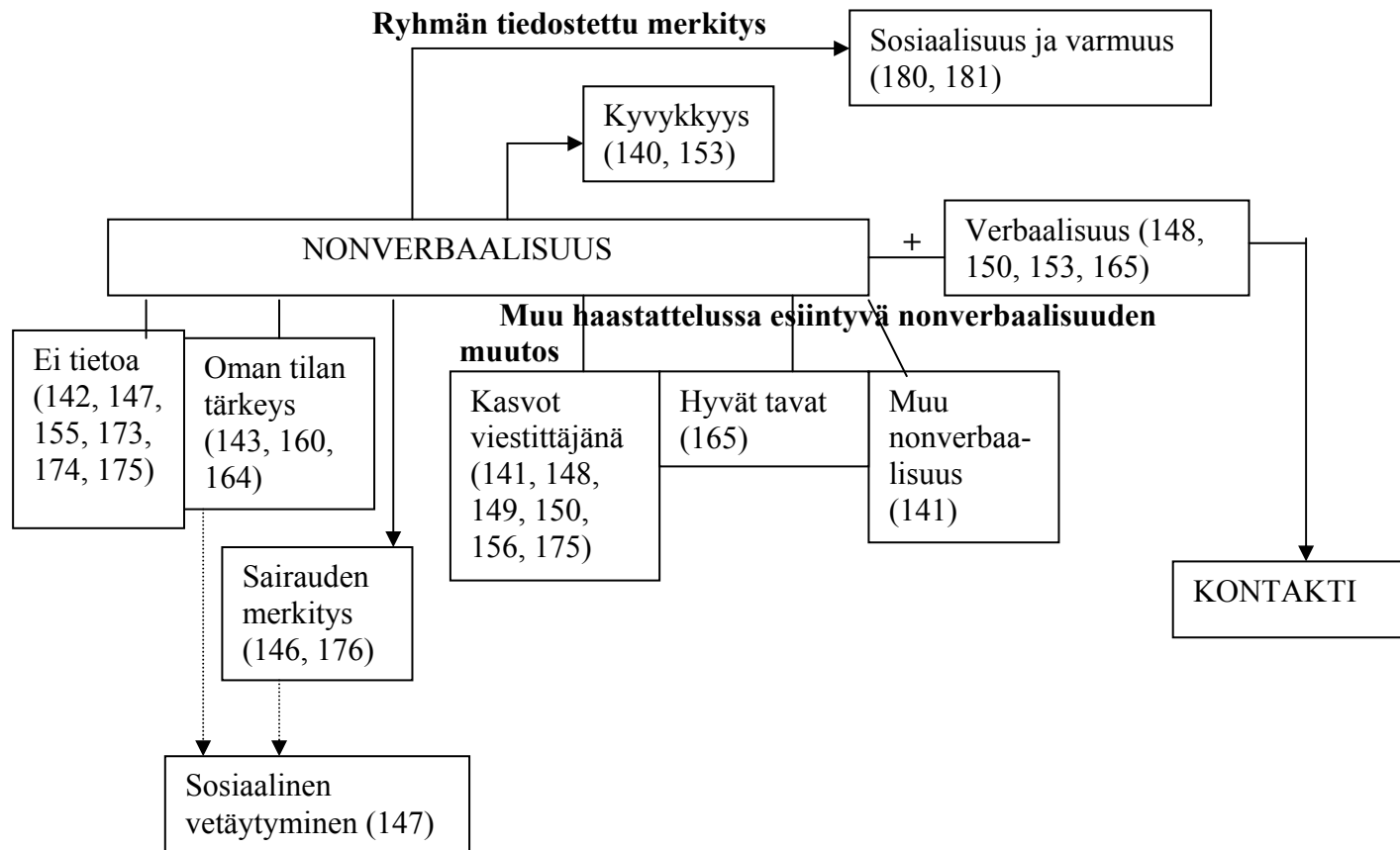
Kuntoutuja D:n aineistosta nousee tärkeimpänä merkityksenä Sosiaalinen vetäytyminen –kategoria (kuvio 7). Hän kokee olevansa jatkuvasti sosiaalisesti eristäytynyt. Hän ei selkeästi ja tarkkaan kuvaa nonverbaalista viestintää eikä aina oikein tiedä, mitä itse viestii tai mitä muista havainnoi. Mietittyään asiaa pitempään, mitä tilannetarkastus kuvaa (kuvio 7), hän tuo esiin Kyvykkyyden, Itsen negatiivisuuden ja Passiivisuuden -kategoriat.

Nonverbaalisuus ilmentää hänelle osaamista ja kyvykkyyttä, mistä muodostuu kategoria Kyvykkyys (kuvio 7). Kun osaa viestiä hyvin, pärjää. Toisaalta hänen on hyvin vaikea arvioida omaa nonverbaalisuuttaan ja tähän liittyy itsen kohdistuvia negatiivisia ajatuksia. Näistä merkityksistä muodostin kategorian Itsen negatiivisuus, *141.D Omaa positiivista sanatonta viestintää vaikea arvioida, ajatus omasta pelottavuudesta*. Tästä samaisesta merkityksistä välittyy myös toinen kategoria Passiivisuus. Kuntoutujan oma nonverbaalisuus tai yleensäkin viestintä on passiivista tai jopa ”tirkistelevää”, *163.D Ei oikein tiedä milloin katsoo toisia, mutta ainakin kauniita naisia*. Hän on lähinnä sivusta seuraaja. Passiivisuuteen kuuluu myös hänestä, ilman hänen omaa toimintaansa, muille välittyvät viestit, joille hän antaa tietyn merkityksen, pelottavuuden.

Erityisen tärkeä nonverbaalisuuden alue kuntoutujalle on oma reviiiri, ja sitä kautta myös läheisyys, mistä muodostuu kategoria Oman tilan tärkeys. Sairauden myötä hänen oman tilan tarpeensa on kasvanut. Sairaus myös rajoittaa muuta nonverbaalista viestintää *164.D Ajattelee, että ehkä paniikitilassa ei voi katsoa toista*. Nämä merkitykset rakentuvat Sairauden merkitys –kategoriaan. Sosiaalinen vetäytyminen -kategoria muodostuu merkityksistä, jotka kertovat hiljentymisestä ja läheisyyden tuottamasta epämuokavuudesta, yksinäisyydestä, *158.D Läheisyys tekee olon epämukavaksi, koska on pitkään ollut yksin*. Nonverbaaliset viestit ilmentävät hänelle kokonaisuudessaan lähinnä vetäytymistä, ei kontaktin ottoa. Nonverbaalisuuden havainnointi on yksisuuntaista eikä niinkään vastavuoroista.

KUVIO 7. Kuntoutuja D:n alkuhaastattelu.





Kuntoutuja D:n loppuhaastattelussa on edelleen säilynyt Ei tietoa –kategoria (kuvio 8). Tietämättömyys rajoittuu kuitenkin enemmän oman nonverbaalisuuden arviointiin, ja hänen mukaansa monet asiat eivät edes näy ulospäin, *155.D Ei huomioi erityisesti sanatonta viestintää, 174.D Paha mieli vaikuttaa hermoihin, mutta ei näy ulospäin.* Myös kategoriat Oman tilan tärkeys, Sairauden merkitys ja Sosiaalinen vetäytyminen ovat säilyneet lähes entisen kaltaisina.

Lisäulottuvuutena nonverbaalisuuteen ovat tulleet kategoriat Muu nonverbaalisuus, Kasvot viestittäjänä ja Hyvät tavat, joista Muu nonverbaalisuus ja Kasvot viestittäjänä sisältävät kumpikin vain yhden merkitysyksikön. Kuntoutuja D:n mukaan sekä nonverbaalisuus että verbaalisuus kertovat henkilön kyvykkyydestä, osaamisesta.

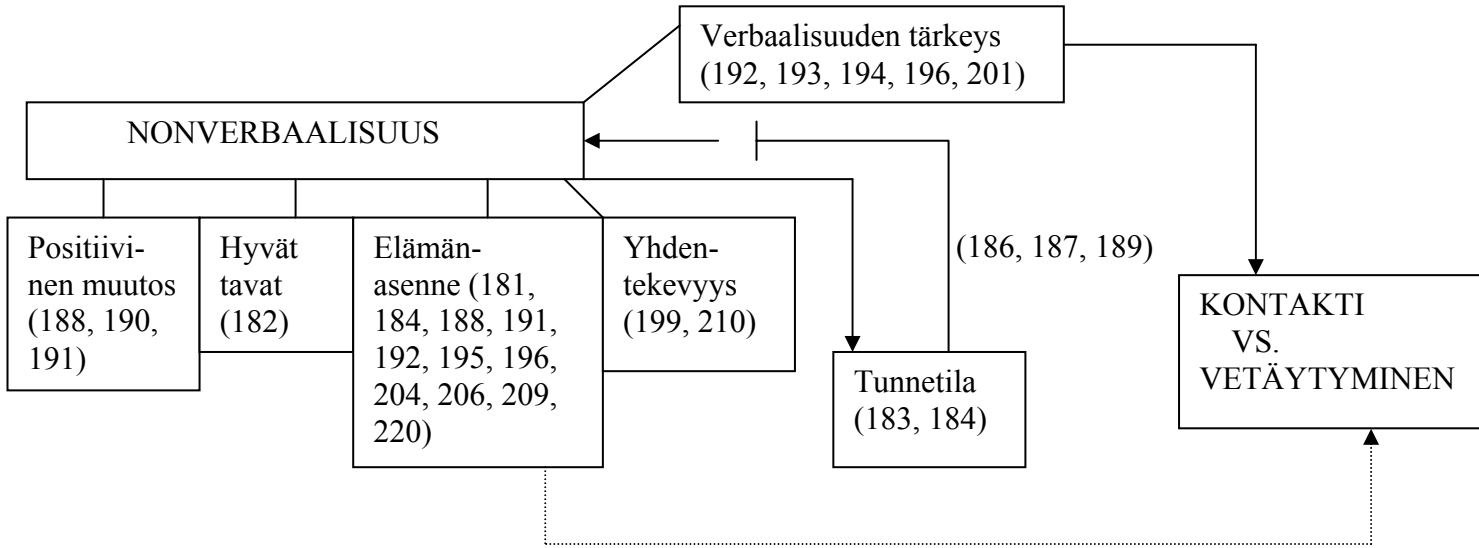
Kokonaisuudessaan kuntoutuja D pitää nonverbaalisuutta ja verbaalisuutta yhtenä kokonaisuutena, jonka avulla voidaan luoda kontaktia toiseen. Kontakti tulee loppuhaastatteluissa vetäytymistä enemmän esille, joka taas oli alkuhaastattelujen keskeinen teema. Ryhmän anti kuntoutujalle oli sosiaalisuus ja itsevarmuus, *181.D Ryhmä toi itsevarmuutta sekä varmuutta ihmisten lähellä.*

3.1.5 Kuntoutuja E

Kuntoutuja E on iältään 37-vuotias naishenkilö, joka sairastui vuonna 1986 skitsofreniaan. Hän on myös kotiuttamisvalmennusyksikön potilas.

Kuntoutujan kohdalla oli hyvin vaikea löytää nonverbaalisuuden merkityksiä, sillä hän intoutui puhumaan paljon elämästä yleensä. Tämän vuoksi kuntoutujan aineistosta nousee selkeimmin esille nonverbaalisuuden toissijaisuus. Sanat ja puhe ovat hänelle ensisijainen kommunikoinnin väline, mistä muodostuu kategoria Verbaalisuuden tärkeys (kuvio 9). Nonverbaalisuus on hänelle melko yhdentekevää, *199.D Ei ole kiinnittänyt huomiota sanattoman viestinnän asioihin toisten käyttäytymisessä, mutta tunteiden ilmaisussa tällä on suuri rooli, mikä näkyy Tunnetila -kategoriana.* Mikäli vallitsevaan tunnetilaan liittyy voimakasta pelkoa, rajoittaa se hänen omaa nonverbaalista viestintäänsä *189.D Pelkotilassa ei uskalla viestiä.* Tätä kuvaa katkennut nuoli (kuvio 9).

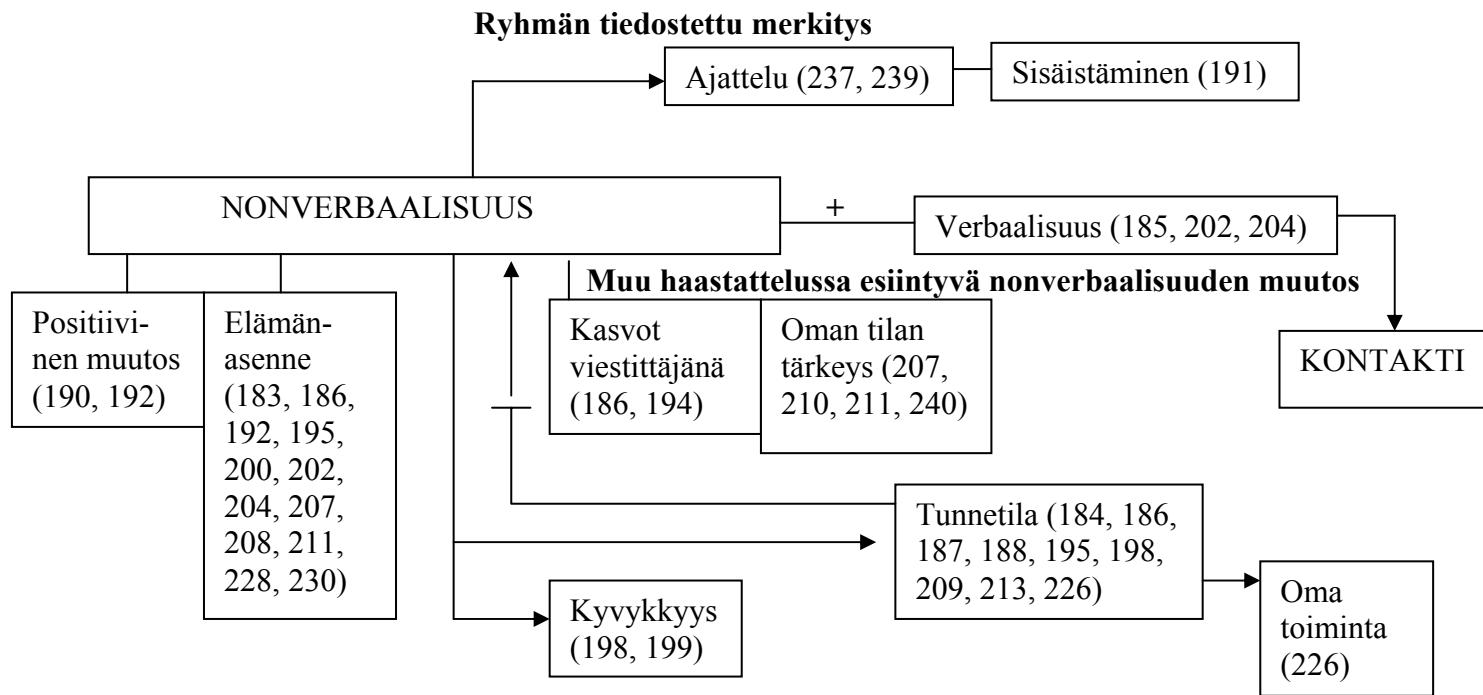
KUVIO 9. Kuntoutuja E:n alkahaastattelu.



Nonverbaalisuus herättää hänessä yleisemmän merkityksen, jonka olen nimennyt Elämänasenne –kategoriaksi (kuvio 9). Tähän liittyy tunteiden ilmaisun tärkeys, luottamus, toisten huomioiminen ja hyväksyntä, *192.E Toisille puhuminen ja luottaminen on tärkeää, kuten myös rauhallinen viestintä*. Hyviin tapoihin, kuten tervehtimiseen, kuuluu hänen mukaansa myös nonverbaalinen ulottuvuus.

Omassa nonverbaalisuudessaan, mutta myös yleisemmässä pärjäämisessä on kuntoutuja E:n mukaan tapahtunut kehittymistä, rohkeuden lisääntymistä. Tätä nimesin Positiivinen muutos -kategoriaksi, *190.E Tullut rohkeammaksi ilmaisemaan tunteita*. Kuntoutujan aineistosta nousee esiin lähinnä oma viestintä ja nonverbaalisuus ja täten yksisuuntainen viestintä. Erityinen paino on hänen omassa elämänasenteessaan, johon liittyy toisiin kohdistuvaa aktiivisuutta ja yleistä positiivista ilmapiiriä.

KUVIO 10. Kuntoutuja E:n loppuhaastattelu.



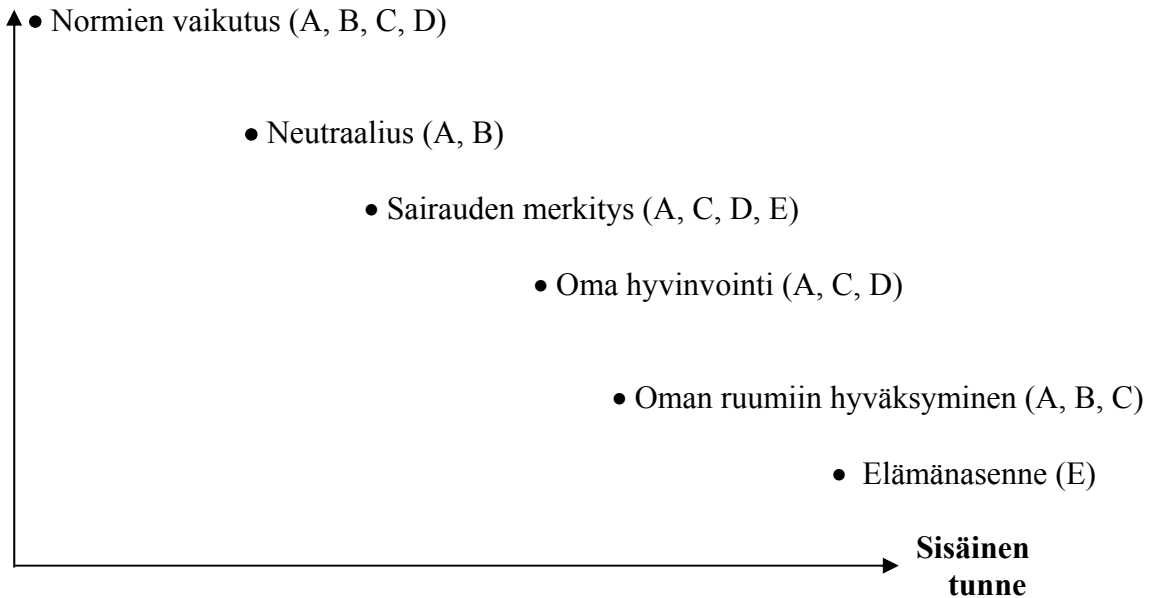
Kuntoutuja E:n loppuhaastattelussa säilyi edelleen Elämänasenne ja Positiivinen muutos –kategoriat (kuvio 10). Nonverbaalisuus sai kaksi uutta osa-aluetta, jotka olivat kuntoutujalle tärkeitä. Näitä ovat Kasvot viestittäjänä ja Oman tilan tärkeys -kategoriat. Erityispiirteenä omassa tilassa on miesten läheisyys, erityisesti tiettyjen miesten, mikä tuottaa kuntoutujalle hyvin ahdistavan olon, *240.E Miehet ja heidän läheisyys tekee itselle pahan olon.*

Tunteilla ja tunteiden ilmaisulla on loppuhaastattelussa alkuhaastattelua suurempi osuus, yhteensä 9 merkitysyksikköä (kuvio 10). Tunteet myös edelleen rajoittavat omaa nonverbaalisuutta, mutta vaikuttavat myös muuten omaan toimintaan, joista muodostui uusi kategoria, *226.E Pahalla mielellä kaikki inhottaa ja se pitää näyttää mm. puhumalla mitä haluaa.* Toisena uutena kategoriana tulee esiin Kyvykkyys, jonka voi nonverbaalisuudesta havaita.

Kokonaisuudessaan kuntoutuja näkee loppuhaastatteluissa alkuhaastatteluja enemmän verbaalisuuden ja nonverbaalisuuden kokonaisuutena, jonka avulla vuorovaikutusta luodaan tai siitä vetäydytään, *185.E Itse ei ilmaise paljon sanattomasti, mutta sanaton viestintä kuuluu puheeseen ja on keskustelun edellytyksenä puheen kanssa.* Ryhmän kuntoutuja kokee vaikuttaneen eniten ajatteluun, mutta myös jonkinlaista sisäistämistä ja sen huomaamista, mitä nonverbaalisuus omassa viestinnässä on, on havaittavissa (kuvio 10).

3.2 Kuntoutujien ruumiillisuuden merkitykset

Ympäristö



KUVIO 11. Kuntoutujien ruumiillisuuden merkitykset alkuhaastatteluissa³.

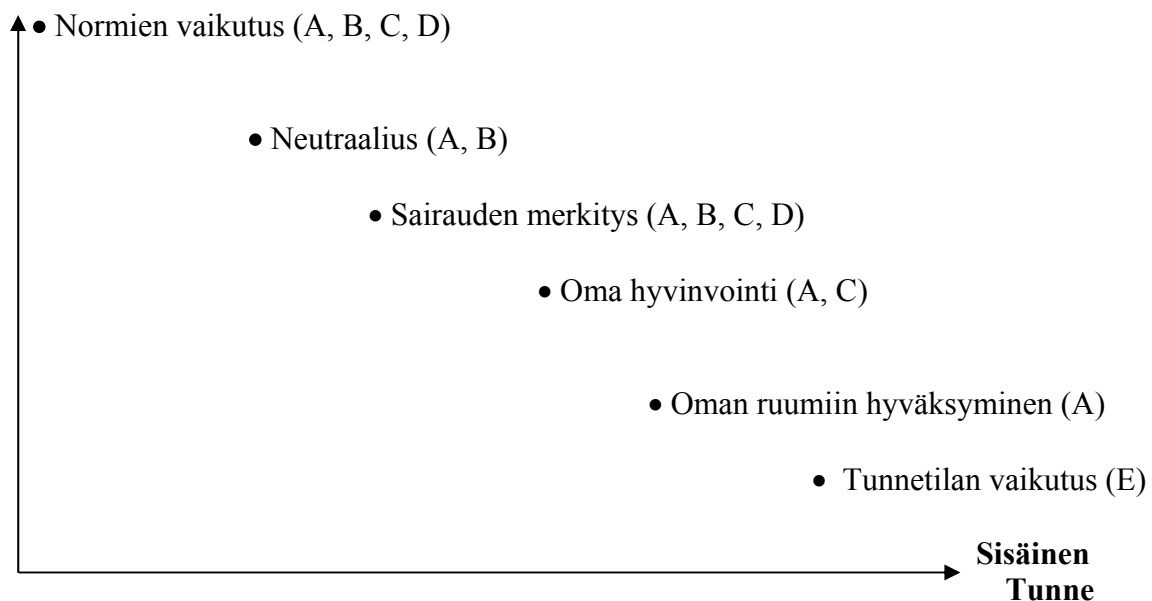
Tutkimuksen kuntoutujien ruumiillisuuden merkityksistä voidaan muodostaa edeltävän kaltainen kuvio (kuvio 11). Tämän muodostaa jatkumo, jonka toisessa päässä on ympäristö ja toisessa sisäinen tunne. Tälle jatkumolle sijoittuu kuusi eri kategoriaa, jotka kuvaavat kuntoutujien ruumiillisuuden kokemuksia. Kategorioihin liittyvät tiivistetyt merkitysyksiköt ovat liitteenä (liite 5).

Kuvio 11 kuvaa sitä, miten kuntoutujat toisaalta kuvaavat omaa ruumistaan tiettyjen ulkoisten normien mukaan, joita kulttuuri ja ympäristö yleensä asettaa ulkonäköön ja ruumiillisuuteen liittyen. Omaa ruumista arvioidaan rinnastettuna tähän ihanteeseen, normeihin, *89.B Toive ruumiin hoikentamisesta*. Normien vaikutus –kategoriaan kuuluukin neljän kuntoutujan merkitysyksiköitä. Mitä enemmän asettaa oman tunteen omasta ruumiistaan ympäristön vaatimusten edelle, sitä lähempänä ollaan jatkumon toista päätä eli sisäistä tunnetta. Ääripäiden välille asettuu kategoria, jossa ruumiin arviointi on neutraalia, *77.B Oma ruumis sopivasuhtainen*. Tähän kategoriaan kuuluu vain kuntoutujien A ja B merkitysyksiköt. Ruumiin arviointiin voi myös liittyä

³Kuvioiden suluissa olevat isot kirjaimet viittaavat kuntoutujien koodiin.

sairauden mukanaan tuomia ulottuvuuksia, *179.D Sairauden myötä ruumiin kuihtuminen – aiemmin enemmän panostusta fyysiseen ulkomuotoon*. Näitä muutoksia tunnustetaan hyvin, sillä neljä viidestä kuntoutujasta sijoittuu tähän Sairauden merkityskategoriaan. Arvioinnissa voi myös korostua ruumiin tuottaman hyvinvoinnin tärkeys kuten kolmen kuntoutujan osalta tapahtuu, *122.C Hyvä kunto ja terveelliset elämäntavat tärkeitä*. Oman ruumiin hyväksyminen –kategoria tulee esille myös kolmella kuntoutujalla, *36.A Tyytyväisyys omaan kehoon, vaikka muutettavaa muiden mielestä olisi*. Kategorioista Elämänasenne koostuu ainoastaan yhden henkilön merkityksyksiköistä. Hänen ruumiin kuvauksissaan välittyy yleisempi elämänasenne, kuten myös tapahtui nonverbaalisuuden osalta, *225.E Hyvänolon tunteet ruumiissa ja tyytyväisyys, luottamus itseen tärkeitä*..

Ympäristö



KUVIO 12. Kuntoutujien ruumiillisuuden merkitykset loppuhaastatteluissa.

Loppuhaastatteluissa ei ole tapahtunut suurta muutosta ruumiillisuuteen liittyen, ja kategoriat ovat säilyneet lähes samoina kuten kuviosta 12 voidaan havaita. Ainoana muutoksena on yhden henkilön Elämänasenne –kategorian muuttuminen Tunnetilan vaikutus –kategoriaksi. Katteoria kuvaa edelleen vain tämän yhden henkilön

merkityksiä kertoen siitä, miten oma tunne ja mieliala vaikuttaa siihen, millaiseksi oman ruumiinsa ja ruumiillisuutensa kokee, *220.E Mieliala vaikuttaa siihen, miten lihavaksi itsensä kokee.*

Muutoksia kategorioiden sisällä on tapahtunut siinä määrin, että Oman ruumiin hyväksyminen –kategoria on supistunut, ja sitä kuvaa vain yhden kuntoutujan yksi merkitysyksikkö. Myös Oma hyvinvointi –kategoria on supistunut kuntoutuja D:n pois jäämisellä. Sairauden merkitys –kategoriassa on yhä neljän kuntoutujan merkityksiä, mutta kuntoutuja E:n tilalle on loppuhaastatteluissa tullut kuntoutuja B. Kategorioissa Normien vaikutus ja Neutraalius ovat säilyneet samojen kuntoutujien merkitysyksiköt. Sisällöllisesti kategorioiden merkitysyksiköt ovat pysyneet hyvin samantyyppisinä.

4. POHDINTA

Tutkimukseni tutkimusongelmana oli, millaisia merkityksiä skitsofreniaa sairastavat antavat nonverbaaliselle viestinnälle ja ruumiillisuudelle, ja muuttuvatko nämä käsitykset ja merkitykset Kehonkieli –ryhmän aikana, jolloin aihetta käsitellään ja siihen tutustutaan eri harjoitusten ja oman pohdinnan avulla.

Skitsofreniaa sairastavilla on useissa tutkimuksissa todettu olevan puutteita nonverbaalisuuden ja yleisten sosiaalisten taitojen alueilla (Bartolucci, 1984; Bellack ym., 1990, Mandal ym., 1998, Troisi ym., 1998). Nonverbaalisuuden osalta tutkimustulokset on saatu havainnoimalla skitsofreniapotilaiden nonverbaalista viestintää. Tämä tutkimus keskittyi kuitenkin skitsofreniaa sairastavien omaan käsitykseen nonverbaalisuudesta. Tuloksista on havaittavissa, että skitsofreniaa sairastavien nonverbaalisuuden merkitykset jakautuvat hyvin monelle ulottuvuudelle: käyttäytymisen pelisääntöihin eli hyviin tapoihin, elämänasenteeseen tai jopa yliluonnollisiin asioihin kuten kuntoutuja C:n kohdalla tapahtuu. Merkitykset ovat kunkin kuntoutujan kohdalla hyvin yksilöllisiä, omaan kokemusmaailmaan perustuvia. Kuitenkin jo alkuhaastatteluissa oli löydettävissä myös tutkittuja nonverbaalisuuden osa-alueita, jotka tulivat esille Kasvot viestittäjänä, Läheisyys, Oman tilan tarve sekä Muu nonverbaalisuus –kategorioiden muodossa. Nämä voidaan liittää mm. Argynen (1988) jaottelun kasvoniilmeisiin, katseeseen, spataaliseen käyttäytymiseen sekä eleisiin ja muihin kehon liikkeisiin.

Loppuhaastatteluissa neljän kuntoutujan kohdalla näitä osa-alueita oli tullut lisää. Kuntoutujalla, jolla muutosta tässä suhteessa ei tapahtunut, oli parempi kognitiivinen taso kuin muilla kuntoutujilla, ja hän oli jossain määrin kuntoutumisessaan muita pidemmällä. Erityisesti kategoriat Kasvot viestittäjänä ja Muu nonverbaalisuus tulivat esiin niillä kuntoutujilla, joilla ei näitä kategorioita alkuhaastatteluissa esiintynyt. Voidaan siis sanoa, että Kehonkieli –ryhmän aikana kuntoutujien nonverbaalisuuden repertuaari kasvoi. He tunnistivat enemmän eri nonverbaalisuuden osa-alueita omassa ja toisten käyttäytymisessä. Tämä voidaan yhdistää Grantin (1968) tutkimukseen, joissa skitsofreniaa sairastavien havaittu nonverbaalisuuden repertuaari, joka sairauden myötä on rajoittunut, kasvoi terapian edetessä. Tämän tutkimuksen mukaan näin käy myös nonverbaalisuuden merkityksille, kun nonverbaalisuutta harjoitellaan ja pohditaan, kuten Kehonkieli –ryhmässä tehtiin. Rajoituksena tälle repertuaarin kasvamiselle

näyttää kuitenkin olevan jossain määrin kuntoutujan kognitiivinen taso sekä kuntoutumisen aste.

Kehonkieli –ryhmän aihealueet olivat liike, asento ja ryhti, läheisyys – etäisyys, katsekontakti ja kosketus. Alkuhaastatteluissa näistä osa-alueista useampi nousi esille. Kahden kuntoutujan kohdalla kasvojen, erityisesti katseen, merkitys oli suuri. He yhdistivät katseen vuorovaikutuksen aloittamiseen ja kontaktin luomiseen, mikä merkitys sillä katsotaan yleensä olevan (Andersen, 1999; Burgoon ym., 1996). Samoilla kuntoutujilla tuli esiin Affektin peittäminen –kategoria, jossa katseen pois kääntämisellä oli suuri rooli. Grumet'n (1999) mukaan negatiivisiin tunteisiin liittyy vähentynyt katsekontakti, mikä selittää myös tätä esille noussutta kategoriaa. Läheisyyden ja oman tilan tärkeys nousi esiin neljän kuntoutujan kohdalla. Läheisyys nähtiin kontaktin luomisen edellytyksenä, oman tilan tärkeytenä tai yhdistettynä viriävään tunnetilaan, erityisesti epävarmuuteen, negatiiviseen tunteeseen. Klemin (1988) mukaan sopivan etäisyyden kokemus riippuu tilanteesta, tunnetilasta sekä ihmisistä, joita tilanteessa on. Nämä kaikki tekijät tulivat sekä alku- että loppuhaastatteluissa lähes kaikkien kuntoutujien kohdalla esille. Tutkimustulokset, joiden mukaan läheisyys ihmisiin, joista pitää, on pienempi kuin sellaisiin, joista ei pidä (Argyle, 1988), tulivat myös hyvin selkeästi, erityisesti kuntoutuja A:n haastatteluissa esiin. Kosketus liitettiin usean kuntoutujan kohdalla tunteisiin ja erityisesti välittämiseen, mikä on hyvin luonnollista, sillä kosketuksen ajatellaan olevan merkki interpersoonallisesta liittymisestä, eli toiseen ihmiseen sitoutumisesta tai liittymisestä (Heslin & Alper, 1983). Asennon ja liikkeen merkityksiä nonverbaalisuuden osalta ei alkuhaastatteluissa juurikaan tullut esiin. Ainoastaan kuntoutuja A liitti Muu nonverbaalisuus –kategoriaan mm. kävelytyylin ja liikkeiden vaikutukset. Tämä liittyy siihen, että asentoa pidetään usein hyvin pysyvänä ja muuttumattomana asiana, eikä sen ajatella vaikuttavan sen suuremmin vuorovaikutukseen.

Loppuhaastatteluissa aihealueet nähtiin pitkälti hyvin samanlaisina kuin alkuhaastatteluissakin. Kuitenkin loppuhaastatteluista on havaittavissa, miten katseen ja etäisyyden merkitys vuorovaikutuksen säätelijänä ja alulle panijana lisääntyi. Tämä näkyy mm. Kasvot viestittäjänä –kategorian selkeänä suurentumisena ja kaikkien kuntoutujien mukaan tulemisena tähän kategoriaan. Oman tilan tärkeyden tunnistaminen tuli loppuhaastatteluissa alkuhaastatteluja korostuneemmin esille kuntoutuja A:n, D:n ja E:n kohdalla, joilla tähän liittyvien kategorioiden merkitysyksiköt lisääntyivät tai

kategoriati nousivat esiin. Kosketus liitettiin edelleen tunteisiin ja niiden osoittamiseen, ja siihen liittyvät merkitykset sijoituivat Tunnetila –kategoriaan. Asennon, liikkeen ja ryhdin kohdalla tapahtui selkeimmin muutosta. Useampi kuntoutuja kertoi hyvän ryhdin merkityksestä ja siitä, millainen hyvä asento on. Näitä merkityksiä löytyi Sisäistäminen –kategoriasta. Lisäksi erityisesti kuntoutuja B:n kohdalla nousi esiin asennon ja tunteiden yhteys, mikä välittyi asennon sijoittumisena Tunnetila –kategoriaan. Tutkimusten mukaan näin on, sillä asennot voivat ilmaista erilaisia tunteita vaihdellen aina kiinnostuksesta valtaan ja asemaan (Andersen, 1999; Argyle, 1988; Bull, 1987;). Vaikeasta ja muuttumattomasta asiasta on siis käsittelyn kautta tullut läheisempi ja tutumpi ja sen merkityksiä liitetään useampaan asiaan.

Merkityksiä, joissa sairaus on vaikuttanut eri nonverbaalisuuden aihealueisiin, tuli esille kolmen kuntoutujan kohdalla. Näitä alueita olivat katse, oma reviiiri sekä läheisyys. Kuntoutujat A ja E huomasivat ryhmän myötä oman tuijottelunsa, jota heillä on esiintynyt aiemmin. Tämä on päinvastaista sairauden vaikutusta mitä tutkimukset, joissa katsekontaktin katsotaan vähentyneen, ovat osoittaneet (Troisi, Spelletta & Pasini, 1998; Pansa-Henderson & Jones, 1982; Trower, 1980). Kuitenkin käytäntö on osoittanut, että myös liiallinen tuijottelu voi olla ominaista skitsofreniaa sairastaville. Kuntoutuja D koki oman reviiirin tarpeensa suurentuneen sairauden myötä, mikä on yhteneväinen läheisyyteen liittyvien tutkimustulosten kanssa (Horowitz ym., 1969). Muutosta ryhmän aikana tässä suhteessa ei kuntoutuja D:n kohdalla tapahtunut.

Yksilöllisiä nonverbaalisuuden muutoksia tarkastellessa voidaan kuntoutujilta C, D ja E löytää loppuhaastatteluista yhteinen malli. Kaikkien näiden kuntoutujien kohdalla verbaalisuus ja nonverbaalisuus tiivistyivät yhdeksi kokonaisuudeksi, joilla molemmilla on vuorovaikutuksessa oma osuutensa. Tämä kokonaisuus yhdessä johtaa joko vuorovaikutukseen tai vetäytymiseen. Yleisestikin ajatellaan nonverbaalisen ja verbaalisen viestinnän olevan hyvin kietoutuneita toisiinsa esiintyen yhdessä selventäen tai tarkentaen toisiaan (Riggio, 1992). Ryhmän vaikutuksena nämä kuntoutujat kokivat siis nonverbaalisuuden osaksi vuorovaikutusta yhdessä puheen kanssa. Kuntoutujat A ja B puolestaan näkivät nonverbaalisuuden ryhmän myötä enemmän itsenäisenä ja puheelle vaihtoehtoisena muotona, mikä näkyi kategorioista Verbaalisuuden tarpeettomuus sekä Vaihtoehtoisuus ja selkeyttäminen. Nonverbaalisella viestinnällä voidaan kyllä usein viestittää sitä, mitä puhella ei voida, uskalleta tai haluta sanoa (Burgoon ym., 1996). Tämän tutkimuksen kaksi kuntoutujaa ajattelivat nonverbaalisuuden kuitenkin enem-

män puheen sijaisena, vaihtoehtona, uutena mahdollisuutena. Näiden kahden vaihtoehdoisen mallin pohjalta voisi ajatella olevan myös kaksi erilaista mahdollisuutta kuntoutuksessa, sosiaalisten taitojen harjoittamisessa. Sosiaalisia taitoja voidaan lähteä harjoittamaan nonverbaalisuuden ja verbaalisuuden kokonaisuutena, jossa molempiin osiin kiinnitetään huomiota, mutta pidetään ne yhdessä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Toisaalta vain toista osa-aluetta harjoittamalla voidaan tuoda tämän alueen merkitys selkeämmin esiin. *Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitomenetelmä, joka rajoittuu nonverbaalisuuteen, vaikuttaa myös siihen, että verbaalisen puolen merkitys vuorovaikutuksessa nousee esiin. On siis mahdollista, että nonverbaalisuuden ja kehollisuuden huomioimisella voidaan myös vaikuttaa sosiaalisiin taitoihin yleisemmin.* Kuitenkin mielestäni luontevinta olisi tehdä sosiaalisten taitojen ohjelmasta vaihteellinen, jossa ensimmäisessä vaiheessa keskitytään sosiaalisiin perustaitoihin lähinnä verbaalisuuden kannalta. Toisessa vaiheessa voisi nonverbaalisuuden harjoittamisella olla keskeinen ja näin myös edellistä verbaalisuuden vaihetta täydentävä rooli. Joka tapauksessa tutkimukseni kuntoutujat käsittävät nonverbaalisuuden vuorovaikutuksen olennaisena osana: nonverbaalisuus on vuorovaikutuksen edellytys, se muokkaa vuorovaikutustilannetta, mutta myös vuorovaikutustilanne muokkaa nonverbaalista viestintää.

Tutkimuksen ruumiillisuuden merkitykset sijoittuivat huomattavasti kapeammalle jatkumolle, mitä nonverbaalisuuden kohdalla eri kuntoutujien osalta tapahtui. Sairauden vaikutuksia omaan ruumiiseen tunnistettiin hyvin. Kaikki kuntoutujat tunnistavat joko alku- tai loppuhaastattelussa ruumiissaan sairauden aiheuttamia muutoksia. Nämä muutokset liittyivät lähinnä fyysisen kunnon, lääkkeiden tai harhojen aiheuttamiin muutoksiin. Normien vaikutus –kategorian merkitykset ovat varmasti samanlaisia, mitä yleensäkin ihmiset asettavat omaan ruumiiseensa: toiveita laihduttamisesta, lihaksikkuudesta jne. Kulttuuriset trendit muovaavat jatkuvasti ihannetta ruumiista ja fyysisestä ulkomuodosta (Cash, 1990). Sosiaalisen vertailu teorian mukaan ruumiinkuvaan kuuluu aina käsitys kulttuurisista standardeista ja siitä, miten hyvin itse näihin normeihin soveltuu (Deaux & Wrightsman, 1988).

Kehonkieli –ryhmällä ei näyttänyt olevan suurta vaikutusta ruumiillisuuden kokemukseen. Mielenkiintoista on kuitenkin havaita, että jatkumossa lähellä sisäistä tunnetta olevat kategoriat ovat muuttuneet eniten, lähinnä Oman ruumiin hyväksyminen –kategoria. Oman ruumiin hyväksymisen voidaan tutkimuksen mukaan katsoa vähen-

tyneen ryhmän aikana. Voidaan siis ajatella, että ryhmässä tapahtuva pohdiskelu ja ruumiillisten harjoitusten tekeminen on saanut liikkeelle erilaisia ajatuksia ja tuntemuksia, minkä vuoksi oman ruumiin hyväksymistä ei ehkä tuoda aikaisemman kaltaisesti esiin. Ajattelutyö ja ruumiin tutkiskelu on mahdollisesti käynnistynyt, ja ruumiiseen mahdollisesti liitetään hyvinkin erilaisia tunteita ja tuntemuksia. Lisäksi on mahdollista, että ryhmässä annetut ohjeet ja neuvot mm. hyvästä asennosta ja ryhdistä ovat menneet oman tunteen edelle. Ryhmä on siis tältä osin antanut lisää normeja, joita noudattaa, mikä pakottaa katsomaan omaa ruumista uudelta kannalta, joka ei mahdollisesti ole niin hyväksyvä kuin aiemmin. Ruumiillisuuden merkitysten muuttumattomuus liittyy mahdollisesti myös siihen, että ryhmän pääteema oli nonverbaalisuus, ja ruumiillisuus esiintyi sen ohessa ja siihen liittyneenä. Ruumiillisuus peleinä ja leikkeinä ei siis välttämättä yhdistynyt kuntoutujien oman ruumiin merkityksiin saakka.

Esille nousevia kategorioita voisi tarkastella yksityiskohtaisemminkin ja enemmän sisältöjä ja merkityksiä tarkastellen. Olen tässä kuitenkin pyrkinyt yleisempään esittelyyn ja jonkinlaisen teorian luomiseen, mikä on grounded theorylle ominaista (Strauss & Corbin, 1998). Vaikka osa esille tuomistani kategorioista on hyvinkin suppeita ja osaan kategorioista kuuluu vain yksi merkitysyksikkö, ovat ne sellaisia kategorioita, joilla on mielestäni ainutkertainen tai muuten merkittävä osuus tuloksissa. Niiden avulla saadaan esiin tapauskohtaiset yksilölliset merkitysulottuvuudet.

Haastattelun kysymykset vaikuttivat mielestäni suuresti siihen, millaisia merkityksiä nonverbaalisuus tutkimuksessani sai. Haastattelu käsitteli suurelta osin nonverbaalisuutta kiinnostuksen ja ei-kiinnostuksen osoittamisen näkökulmasta. Näin ajatellen voi olla hyvin luonnollista, että esiin nousivat vuorovaikutuksessa kontaktin ja vetäytymisen kategoria. Nonverbaalisuutta käsiteltiin vuorovaikutustilanteissa, joissa luonnollisesti tapahtuu joko kontaktia tai vetäytymistä. Myös Kyvykkyys –kategorian esiin nousemiseen vaikutti varmasti kysymysten laatu. Tämän kategorian merkitysyksiköt nousivat lähinnä kysymyksistä, joissa pyydettiin miettimään lääkäristä huomioitavia nonverbaalisuuden alueita. On siis hyvin luontevaa, että tällöin huomioidaan sitä, miten osaava ja luotettava hoitava henkilö on.

Haastattelujen toteutus on yksi tutkimukseni kehitettävistä alueista. Useat aihealueet vaatisivat enemmän jatkokysymyksiä ja pyrkimyksiä päästä syvemmälle kiinni merkityksiin. Tätä en kuitenkaan itse toteuttanut vaan pysyttelin liiankin paljon kiinni laatimissani haastattelukysymyksissä. Mikäli aihetta olisi pohdittu enemmän, olisi sen

sisältä löytynyt varmasti enemmän uudenlaisia ulottuvuuksia. Teemahaastattelu voisi olla jossain mielessä parempi tapa tutkia nonverbaalisuuden merkityksiä. Koen kuitenkin, että esteenä enemmän pohjimiselle ja kyselemiselle oli ehkä kuntoutujien kyvyttömyys tai haluttomuus pukea sanoiksi asioita. Esimerkiksi Kuntoutuja D:n oli vaikea arvioida omaa viestintäänsä. Tämä voi liittyä persoonallisuustekijöihin, sairauden vaikutuksiin tms., mutta voi myös olla hyvin yleistä. Fichten ym. (1992) ovat tutkimuksessaan todenneet, että oman nonverbaalisen ja verbaalisen käyttäytymisen arvioinnissa suoriudutaan heikommin, mitä toisten käyttäytymisen arvioinnissa. Myös kuntoutujien ylitsepursuava, aiheen ulkopuolelle ajelehtiva jutustelu esti lisäkysymysten esittämistä ja pohdiskelun aktivoimista. Nämä seikat aiheuttivat ehkä kohdallani ymmärtämättömyyttä haastateltaviani kohtaan. Voi miettiä, onko muilla ihmisillä samankaltainen tunnelma heidän kohdatessaan skitsofreniaa sairastavia. Välittyvät viestit voivat tuntua oudoilta ja kontaktia voi olla vaikea luoda.

Nonverbaalisten taitojen opettaminen kuuluu osana moniin sosiaalisten taitojen opettamisen malleihin (Argyle, 1988), sillä onhan se yksi sosiaalisten taitojen osa-alue. Yksinään nonverbaalisia taitoja opetetaan kuitenkin hyvin vähän. Tutuinta nonverbaalisen viestinnän opettamisen aluetta on ehkä neuvotteluihin ja vakuuttavaan esiintymiseen liittyvät taidot (Argyle, 1988). Psykiatristen potilaiden osalta nonverbaalisten taitojen opettelu on rajoittunut keskustelutilanteeseen liittyvään nonverbaaliseen viestintään ja itsensä esittämiseen paremmalla tavalla esim. ulkonäköä muuttamalla (Argyle, 1988). Kuitenkin skitsofreniaa sairastavilla puutteita alueella löytyy. Keskustelutaidoissa ei välttämättä osata tarkkailla nonverbaalista palautetta tai antaa sitä. Nämä ovat asioita, joita voi hyvinkin harjoitella sosiaalisten taitojen tapaan. Skitsofreniaa sairastavat ovat itsekin tuoneet esille sen, miten sairauden myötä on vaikeaa liittyä toisiin ihmisiin ja kommunikoida heidän kanssaan ja ymmärtää, miltä toisista tuntuu (Barker, Lavender & Morant, 2001). He kokevat myös, että on vaikeaa tietää, milloin antaa informaatiota, ja milloin saada sitä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Erityisesti näihin alueisiin uskon Kehonkieli –ryhmällä olleen vaikutusta. Tuloksista on havaittavissa, miten tietyt nonverbaalisuuden osa-alueet ja ”säännöt” ovat sisäistyneet Kehonkieli –ryhmän kuntoutujiin, mikä näkyy erityisesti Sisäistäminen -kategoriassa. Heidän nonverbaalisuuden repertuaarinsa puheessa on osalla kuntoutujista laajentunut. Lisäksi ryhmä on selkeästi lisännyt omaa ajattelua, pohdintaa aiheeseen liittyen ja tuonut sosiaalisuuteen uudenlaista varmuutta ja uutta ulottuvuutta. Käytännön kokemus ryhmästä

osoittautui hyväksi, ja tätä kuntoutusmuotoa tullaan jatkamaan ja soveltamaan mahdollisesti myös muihin potilasryhmiin.

Kuten sosiaalisten taitojen opettamisen ohjelmilla yleensäkin, on myös tämän tutkimuksen kohdalla huomioitava siirtovaikutuksen rajat. Yleensä ”neljän seinän sisällä” tapahtuva opetus ei kovin hyvin yleisty ja siirry todelliseen elämään ja omaan arkeen (Bellack ym., 1997). Tätä pyrittiin ryhmässä edistämään mm. kotitehtävien avulla. Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, että Kehonkieli –ryhmän kaltaisella kuntoutusmuodolla voidaan tuoda esiin uusia merkityksiä kuntoutujien kokemusmaailmaan. Tästä voidaan johdatella myös ajatusta näiden merkitysten siirtymisestä käytännön elämään ja arkeen. Ulkoinen käyttäytyminen lähtee kuitenkin lähes aina liikkeelle sisäisestä kokemusmaailmasta ja merkityksistä käsin.

Tutkimustani voidaan pitää tapaustutkimuksena pienen tutkimusjoukon vuoksi. Myös analyysini perustui lähinnä yksilölliseen tarkasteluun, vaikka käytinkin grounded theorylle ominaista jatkuvan vertailun menetelmää kategorioiden muodostamisessa (Strauss & Corbin, 1998). Kuitenkin aineistosta on vaikea muodostaa yhtä yleistä teoriaa tai mallia merkitysten ollessa niin erilaisia ja yksilöllisiä kullekin kuntoutujalle. Kuitenkin yhteisiä piirteitä on löydettävissä, kuten aiemmin esittelin. Tutkimuskysymys oli hyvin laaja ja toisenlaisia tuloksia olisi varmastikin löydettävissä käsiteltäessä vain joko nonverbaalisuutta, nonverbaalista viestintää tai ruumista ja ruumiinkuvaa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on kuitenkin tutkimuksen keskeinen tutkimusväline (Eskola & Suoranta, 1998), minkä vuoksi tämä tutkimus on tutkijansa kaltainen. Joku toinen voi tulevaisuudessa löytää hyvinkin erilaisia nonverbaalisuuden merkityksiä skitsofreniaa sairastavilta.

Mielenkiintoista olisi tutkia aihetta lisää psyykkisesti terveillä ihmisillä ja verrata esille tulevia merkityksiä skitsofreniaa sairastavien merkityksiin. Suuria eroja ei välttämättä synny, sillä aiheen käsitteellistäminen on varmasti kaikille vaikeaa. Nonverbaalisuus on havaittavissa oleva ja usein jopa automaattinen asia, joten sen sanoiksi pukeminen voi olla hankalaa. Tämä on hyvä pitää mielessä mietittäessä haastattelututkimuksen pätevyyttä nonverbaalisuuden tutkimuksessa, sillä havainnointi on yleensä helpoin ja todennettavin tapa asian tutkimiseen (Hecht & Guerrero, 1999). Tarkoitukseni tässä tutkimuksessa oli kuitenkin tutkia kuntoutujien itsensä nonverbaalisuudelle ja ruumiillisuudelle antamia merkityksiä, joten tähän tavoitteeseen haastattelulla päästiin hyvin.

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että skitsofreniaa sairastavat ovat tietoisia siitä, millaisia nonverbaalisia vihjeitä vuorovaikutustilanteet sisältävät. Nonverbaalisuuteen liittyvät merkitykset ovat myös hyvin yksilöllisiä kuten myös skitsofrenia sairautena. Toinen asia on, miten nonverbaalisuus todellisissa tilanteissa tunnistetaan ja ilmaistaan. Voi miettiä, miten suuri rooli skitsofreniaan liittyvillä kognitiivisilla puutoksilla on siinä, että merkitysten tasolla tapahtuva ymmärrys nonverbaalisuudesta ja ruumiillisuudesta ei yllä havaittuun käyttäytymiseen, tai ainakin tutkimukset osoittavat puutteita käyttäytymisen tasolla.

Mielestäni olennaiseen asemaan tutkimuksessani nousee merkitysten yksilöllisyys. Vaikka jokainen rakentaakin yksilöllisesti omat merkityksensä, ovat ne myös osittain sidoksissa kontekstiin ja toisaalta myös vuorovaikutustilanteeseen (Lehtonen, 1996). Merkityksillä on siis myös sosiaalinen ulottuvuus. Tämä on muistettava myös pohdittaessa tämän tutkimuksen tuloksia. Jokainen tilanne muokkaa merkityksiä ja rakentaa niitä uudelleen, joten miten tärkeää on asettaa nonverbaalisuudessa tai sosiaalisuudessa tiettyjä normeja, joiden mukaan toimitaan? Perusasiat on hyvä hallita ja kaikessa voi aina kehittyä. Miten pitkälle tulisi kuitenkin ymmärtää ja hyväksyä jokaisen omat merkitykset? Tässä tutkimuksessa tämä seikka tulee erityisen hyvin esille kuntoutuja C:n kohdalla, jolle ennen ryhmää nonverbaalisuuteen liittyi yliluonnollisuuden ulottuvuus, mutta ryhmän jälkeen tämä oli hävinnyt. Kuitenkaan nonverbaalisuutta yliluonnollisena asiana ei voida pitää vääränä tapana ajatella. Yksilöllisyys ja yksilöllisten merkitysten ymmärtäminen on mielestäni olennainen lähtökohta myös skitsofrenian kuntoutukselle ja myös tutkimukseni kohteena olleelle nonverbaalisuuden harjoittamiselle. Omista merkityksistä, lähtötilanteesta, kuten tarpeenmukaisessa hoidossa (Alanen, 1993, 1997), liikkeelle lähteminen on olennainen osa jokaista kuntoutusmuotoa. Myös nonverbaalisuuden harjoittamisen osalta, jokaisella on oma lähtötaso ja oma tapa ymmärtää tämä käsite. Tästä on myös syytä lähteä liikkeelle nonverbaalisuuteen ja ruumiillisuuteen tai yleisemmin sosiaaliin taitoihin liittyvän kuntoutuksen suunnittelussa. Tämä ajatus löytyy myös seuraavasta kuntoutuja C:n haastattelusiteerauksesta: ”Tulisiko sulla vielä jotain mieleen mitä haluaisit sanoa sanattomasta viestinnästä tai omasta ruumiista? *ei tässä...kaikki ei oo samanlaisia. Perusasiat..miäki oon vähän en mä tiä jokainenhan se... meitä on monella alalla täällä ihmisiä sitten on sairaita ja fyysisesti ja henkisesti sairaita. Kaikki ei oo samanlaisia, oma elämä jokaisella, oma elämä, on se hyvä että tälle ottaa mallia, perusasiat*

ei pääse unohtumaan mitä on opetettu niinku vaikka tässä tää kättely ja sit tuo katsekontakti, miten elää vaikka ois erilainen.. mallia.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2000). *Ryppäästä ryhmäksi*. Tampere: Tammer-Paino.
- Aaltonen, J. (2002). Henkilökohtainen ohjaus.
- Alanen, Y. O. (1993). *Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito*. Juva: WSOY.
- Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alasuutari, P. (1999). *Laadullinen tutkimus*. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Andersen, P. A. (1999). *Nonverbal communication. Forms and functions*. Mountain View, California: Mayfield.
- Argyle, M. (1988). *Bodily communication*. 2. painos. London: Routledge.
- Argyle, M. & Cook, M. (1976). *Gaze and mutual gaze*. London: Cambridge.
- Aronow, E., Reznikoff, M. & Tryon, W. W. (1975). The interpersonal distance of process and reactive schizophrenics. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 43, 94.
- Barker, S., Lavender, T & Morant, N. (2001). Client and family narratives on schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 10, 199-212.
- Bartolucci, G. (1984). Nonverbal disturbances attributed to the schizophrenic psychoses. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 491-502.
- Bellack, A. S., Blanchard, J. J. & Mueser, K. T. (1996). Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 535-544.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A.S. & Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia. A step by step guide*. New York: Guilford.
- Blinnikka, L-M. (1989). *Kirjallisuuskatsaus ruumiinkuvan tutkimusmenetelmistä*. Turun yliopisto. Psykologian tutkimuksia, 86.
- Blinnikka, L-M. (1993). Miten ruumiinkuva muotoutuu? *Fysioterapia*, 7, 4-8.
- Blinnikka, L-M. & Hakanen, A. (1990). *Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaaliruumiinkuvasta*. Turun

- yliopisto. Psykologian tutkimuksia, 90.
- Brannigan, C. R., & Humphries, D. A. (1972). Human non-verbal behaviour, a means of communication. Teoksessa B.N. Jones (toim.), *Ethological studies of child behaviour* (s.37-64). London: Cambridge University Press.
- Bull, P. (1987). *Posture and gesture*. Oxford: Pergamon.
- Bunkan, B. H. (1996). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Aurskog: PDC.
- Burgoon, J. K., Buller, D. B. & Woodall, W. G. (1996). *Nonverbal communication. The unspoken dialogue*. 2.painos. New York: McGraw.
- Cantell, M. (2001). Suullinen tiedonanto.
- Caracci, G., Mikherjee, S., Roth, S. & Decina, P. (1990). Subjective awareness of abnormal involuntary movements chronic schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 295-298.
- Carney, J.H, Joiner, J.F. & Tragou, H. (1997). Categorizing, coding and manipulating qualitative data using the Word Perfect word processor. *The Qualitative Report*, 3(1). <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-1/carney.html> 3.7.2002.
- Cash, T.F. (1990). Body, self and society: The development of body images. Teoksessa T. F. Cash & T. Pruzinsky (toim.), *Body images. Development, deviance and change* (s. 51-79). New York: Guilford.
- Davison, P. S., Frith, C. D., Harrison-Read, P. E. & Johnsotne, E. (1996). Facial and other non-verbal communicative behaviour in chronic schicophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 707-713.
- Deaux, K. & Wrightsman, L.S. (1988). *Social psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerrus.
- Fichten, C.S, Tagalakis.V, Judd, D., Wright, J. & Amsel, R. (1992). Verbal and nonverbal communication cues in daily conversations and dating. *Journal of Social Psychology*, 132, 751-770.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. Teoksessa T. F. Cash & T. Pruzinsky (toim.), *Body images. Development, deviance and change* (s. 3-20). New York: Guilford.

- Grant, E. C. (1968). An ethological description of non-verbal behaviour during interviews. *British Journal of Medical Psychology*, 41, 177-184.
- Grumet, G. W. (1999). Eye contact. The core of interpersonal relatedness. Teoksessa L. K. Guerrero, J. A. DeVito & M. L. Hecht (toim.), *The nonverbal communication reader. Classic and contemporary readings (s. 62-73)*. 2. painos. Illinois: Waveland.
- Hakkarainen, T. & Hyvärinen, M-L.(1999). *Puheviestintää oppimaan*. Kielikeskusmateriaalia n:o 121. Soveltavan kielentutkimuksen keskus. Jyväskylän yliopisto.
- Harper, R. G., Wiens, A. N. & Matarazzo, J.D. (1978). *Nonverbal Communication: The state of the art*. New York: John Wiley & Sons.
- Harvard Mental Health Letter (2001), 17(8). *How Schizophrenia develops: new evidence and new ideas*.
- Hecht, M. L. & Guerrero, L. K. (1999). Perspectives on nonverbal research methods. Teoksessa L. K. Guerrero, J. A. DeVito & M. L. Hecht (toim.), *The nonverbal communication reader. Classic and contemporary readings (s. 29-41)*. 2.painos. Illinois: Waveland.
- Heslin, R. & Alper, T. (1983). Touch: A bonding gesture. Teoksessa J.M Wiemann & R.P.Harrison (toim.), *Nonverbal Interaction (s. 47-75)*. Beverly Hills: Sage.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. Tampere: Tammer-Paino.
- Horowitz, M. J., Duff, D. F. & Stratton, L. O. (1969). Body-Buffer Zones. *Archives of General Psychiatry*, 11, 651-656.
- Hägglund, T-B. & Piha, H. (1979). *Ruumiinkuvan sisätila*. Psychiatria Fennican julkaisusarja, no 37.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (2001). Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen, (toim.), *Psykiatria (s.57-117)*. Hämeenlinna: Karisto.
- Kleinke, C. L. (1986). Gaze and eye contact: A research review. *Psychological Bulletin*, 100, 78-100.
- Klemi, M. (1988). *Sanaton kieli*. Espoo: Weilin+Göös.
- Knapp, M.L. (1978). *Nonverbal Communication in human interaction*. 2.painos.

- New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Lehtonen, J. (1991). The body ego from the point of view of psychophysical fusion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 30-35.
- Lehtonen, M. (1996). *Merkitysten maailma: kulttuurisen tekstintutkimuksen lähtökohtia*. Tampere: Vastapaino.
- Lieberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowich, A., Vaccaro, J.V. & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.
- Lyman, S. M. & Scott, M. B. (1999). Territoriality. A neglected sociological dimension. Teoksessa L. K. Guerrero, J. A. DeVito & M. L. Hecht (toim.), *The nonverbal communication reader. Classic and contemporary readings (s. 175-183)*. 2.painos. Illinois: Waveland.
- Mandal, M. K., Pandey, R. & Prasad, A. B. (1998). Facial expression of emotion and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 399-412.
- Maykut, P. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Falmer Press.
- McGilchrist, I. & Cutting, J. (1995). Somatic delusions in schizophrenia and the affective psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 167, 350-361.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- North, M.(1972). *Personality assesment through movement*. London: Macdonald & Evans.
- Pansa-Henderson, M. & Jones, I. H. (1982). Gaze and gaze avoidance as perceived by psychiatrists during clinical interviews with schizophrenic, depressed and anxious patients. *Journal of Nonverbal Behavior* 7, 69-78.
- Patterson, M. L. & Edinger, J. A. (1987). A functional analysis of space in social interaction. Teoksessa A.W. Siegman & S. Feldstein (toim.), *Nonverbal behavior and communication (s.523-562)*. 2.painos. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Cassisi, J., Combs, D. R., Francis, J. & Morris, S. (2000). Emotion recognition in schizophrenia: Further investigation of generalized versus specific deficit models. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 512-516.

- Pitman, R. K., Kolb, B., Orr, S. P. & Singh, M. M. (1987). Ethological study of facial behavior in nonparanoid and paranoid schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 99-102.
- Pull, C. B. (1999). Diagnosis of schizophrenia: A review. Teoksessa M. M. Maj & N. Sartorius (toim.), *Schizophrenia. Volume 2. WPA Series Evidence and experience in psychiatry* (s. 1-37). Chichester: John Wiley & Sons.
- Riggio, R. E. (1992). Social interaction skills and nonverbal behavior. Teoksessa R. S. Feldman (toim.), *Applications of nonverbal theories and research* (s. 3-30). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Rosenthal, M. M. & Beutell, N. J. (1981). Movement and body-image: A preliminary study. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 758.
- Roxendal, G. (1986). *Levande människa. Kropp och rörelse i terapi*. Växjö: SmpTRYCK.
- Roxendal, G. (1993). *BAS-skalan. Body Awareness Scale med BAS-hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandström, M. (1999). Kun ruumiinkuva häiriytyy. *Fysioterapia*, 3, 17-20.
- Sariola, E & Ojanen, M. (1997). *Hoito vai pakkohoito*. Keuruu: Otava.
- Scharfetter, C. (1999). Schizophrenic ego disorders - argument for bodyincluding therapy. *Schweizer Archive für Neurologie und Psychiatrie*, 150, 11-15.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International universities Press.
- Shore, D. (1994). Schizophrenia: Questions and answers. *Schizophrenia: Questions and answers*, 90(1457), 1-27.
- Skitsofrenian käypä hoito –suositus (2001). Suomen psykiatriyhdistys ry. Duodecim, 117, 2640-2657. <http://duodecim.fi/lcdnet/fi/hoi/h35050.htm> 11.1.2002.
- Srivastava, P & Mandal, M. K. (1990). Proximal spacing to facial affect expressions in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 119-124.
- Stacks, D., Hickson, M. & Hill, S. R. Jr. (1991). *Introduction to communication theory*. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Stanton-Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. London: Tavistock/Routledge.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2. painos. Thousand Oaks: Sage.
- Toomey, R., Wallace, C. J., Corrigan, P. W., Schulberg, D. & Green, M. F. (1997). Social processing correlates of nonverbal social perception in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological processes*, 60, 292-300.
- Troisi, A. (1999). Ethological research in clinical psychiatry: the study of nonverbal behavior during interviews. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 23, 905-913.
- Troisi, A., Spalletta, G. & Pasini, A. (1998). Non-verbal behaviour deficits in schizophrenia: an ethological study of drug-free patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 109-115.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-339.
- Tähkä, V. (1996). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Juva: WSOY.
- Virsu, V. (1992). Skitsofrenian etiologia, hoito ja kuntoutus. *Psykologia* 27, 4-11.
- Virsu, V. (1991). *Aivojen muotoutuvuus ja kuntoutuminen*. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 26. Helsinki: Yliopistopaino.
- Åström, J., Thorell, L-H. & D'Elia, G. (1993). Attitudes towards and observations of nonverbal communication in a psychotherapeutic greeting situation: III. An interview study of outpatients. *Psychological Reports*, 73, 151-168.

LIITE 1. Tutkimushaastattelun kysymykset

ALKU / LOPPUHAASTATTELU

Koodinro:

Milloin sairastunut potilaan mukaan:

Sairaskertomuksen mukaan:

Seuraavassa haastattelussa kysytään erilaisia asioita sanattomasta, ei-kielellisestä viestinnästä sekä kehollisuudesta. Ja minä tarkoitan tällä sanattomalla, ei-kielellisellä viestinnällä sitä, miten kehon avulla, kuten erilaisilla ilmeillä, eleillä, asennoilla, liikkeillä, katseella voidaan vuorovaikutustilanteessa ilmaista erilaisia asioita. Näin voidaan ilmaista esimerkiksi erilaisia tunteita ja helpottaa sosiaalisten tilanteiden kulkua.

- 1) Millainen merkitys sinun mielestäsi sanattomalla, ei-kielellisellä viestinnällä on vuorovaikutustilanteissa? Mitä hyötyä siitä on?
- 2) Millä tavalla sinä ilmaiset asioita sanattomasti?
- 3) Millaisissa tilanteissa tämä tapahtuu?
- 4) Millaisia asioita ilmaiset mielestäsi hyvin sanattomasti? Miten ilmaiset näitä asioita?
- 5) Millaisia asioita et ilmaise sanattomasti? Millaisia asioita et osaa mielestäsi ilmaista sanattomasti vaikka haluaisit?
- 6) Onko sanattomassa ilmaisussasi, ei-kielellisessä viestinnässä mielestäsi tapahtunut muutosta a) Aikuisiällä b) sairastumisesi aikana c) viimeisen kolmen vuoden aikana eli vuodesta 1999 lähtien
- 7) Miten ilmaisisit sanattomasti, että olet kiinnostunut siitä, mitä ystäväsi sinulle kertoo?
- 8) Miten ilmaisisit sanattomasti, että et ole kiinnostunut siitä, mitä ystäväsi sanoo?
- 9) Miten ilmaiset sanattomasti ihmiselle, jonka olet juuri tavannut ja joka haluaisi tavata sinua, että olet kiinnostunut hänestä sanomatta sitä suoraan?
- 10) Kun olet puhelimesta, miten ilmaiset sanattomasti ystäväillesi, joka puhelimen toisessa päässä, että olet kiinnostunut siitä, mitä hän puhuu?
- 11) Kun olet puhelimesta, miten ilmaiset sanattomasti että et ole kiinnostunut siitä, mitä ystäväsi sanoo?

- 12) Kuvittele mielessäsi seuraava tilanne: olet menossa tapaamaan ensimmäistä kertaa uutta lääkäriä, joka tulee jatkossa olemaan vakituinen lääkärisi.
Istut odottamassa pääsyä vastaanotolle ja lääkäri tulee pyytämään sinut sisään.
Mitä sanattoman viestinnän asioita panet ensimmäisenä lääkäristä merkille?
Mitä nämä asiat sinulle kertovat?
- 13) Minkälaisia sanattoman viestinnän asioita panet yleensä merkille toisen ihmisen käyttäytymisestä, kun olet vuorovaikutuksessa hänen kanssaan?
Mitä nämä asiat sinulle kertovat?
- 14) On tilanne, jossa keskusteleet ystäväsi kanssa. Minkälaisista sanattoman viestinnän asioista tiedät, että hän on kiinnostunut siitä, mitä sanot?
- 15) Minkälaisista sanattoman viestinnän asioista tiedät, että hän ei ole kiinnostunut siitä, mitä sanot?
- 16) Kun olet puhelimessa, minkälaisista sanattoman viestinnän asioista tiedät, että henkilö, jonka kanssa puhut, on kiinnostunut siitä, mitä sanot?
- 17) Kun olet puhelimessa, minkälaisista sanattoman viestinnän asioista tiedät, että henkilö, jonka kanssa puhut, ei ole kiinnostunut siitä, mitä sanot?
- 18) Millaiseksi tunnet olosi ollessasi hyvin lähellä toisia ihmisiä?
- 19) Millainen on mielestäsi sopiva etäisyys keskustellessasi toisen kanssa?
Miksi juuri tällainen etäisyys on sinusta sopiva?
- 20) Millaisia asioita voi mielestäsi kosketuksella, koskettamalla ilmaista?
- 21) Millainen kosketus on sinusta mukavaa, miellyttävää?
- 22) Millainen epämukavaa, epämiellyttävää?
- 23) Milloin katsot toista silmiin?
- 24) Milloin et katso?
- 25) Millaisena pidät omaa ruumistasi, kehoasi? Mitä tulee ensimmäisenä mieleen ajatellessasi omaa ruumistasi?
- 26) Onko se sinusta kaunis, aika miellyttävä, ruma vai mitä?
- 27) Millaiseksi kuvailisit omaa asentoasi istuessasi?
Seisoessasi?
- 28) Onko asentosi erilainen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa?
- 29) Jos on, niin millaisissa tilanteissa asentosi on erilainen?
- 30) Millaiseksi kuvailisit omaa liikkumistasi?
- 31) Miltä tuntuu ruumiissasi kun olet väsynyt?

Miten se näkyy ulospäin, sanattomasti?

32) Miltä tuntuu ruumissasi kun olet pahalla mielellä?

Miten se näkyy ulospäin, sanattomasti?

33) Miltä tuntuu kun olet iloinen / tyytyväinen?

Miten se näkyy ulospäin, sanattomasti?

34) Onko sinulla joskus ollut erikoisia tai epätavallisia ruumiillisia tuntemuksia tai elämyksiä? Jos on, millaisia?

35) Jos sinulla olisi mahdollisuus muuttaa ruumiissasi kaikki, mitä haluat (esim. harjoittelun tms. avulla), mitä muuttaisit?

36) Missä osaa ruumistasi on sinun ”Minä”?

37) Onko käsityksesi omasta ruumiistasi muuttunut sairautesi aikana? Miten?

Alkuhaastatteluun lisätyt kysymykset, jotka esitettiin loppuhaastattelussa em. lisäksi:

38) Olet osallistunut Kehonkieli -ryhmään. Millaiseksi koit ryhmän?

(Mikä tuntui / oli hyvää, mikä huonoa?)

39) Mitä ryhmä sinulle antoi – opitko jotain uutta ryhmän aikana?

40) Haluatko vielä sanoa jotain sanattomasta viestinnästä tai omasta ruumiistasi?

LIITE 2. Esimerkki haastattelupätkien tiivistämisestä merkitysyksiköiksi

Haastattelupätkä:

2.A Osaatko kertoa mitä hyötyä siitä on hyötyä no antaa se tietynlaisen ennakkokuvan kyllä, että miten tuota ihmistä voi lähestyä taikka tuota voiko sille puhua taikka että haluaako se olla yksin tuota omissa oloissa voiko sitä lähestyä ensikkää.

Tiivistetty merkitysyksikkö: 2.A Kertoo miten ihmistä voi lähestyä.

Viimeinen muoto tiivistetystä merkitysyksiköstä: 2.A Sanattoman viestinnän hyöty, että kertoo voiko ihmistä lähestyä ja miten.

Haastattelupätkä: **122.C Osaaks sä sanoo onko se sun ruumis kaunis aika miellyttävä ruma vai minkälaiseks sää sitä kuvailisit** mieshän nyt on vähän semmonen, kroppa ja semmonen normaali nuoren miehen, en oo lihava enkä laiha, lihaksikas urheilija

Tiivistetty merkitysyksikkö: 122.C Miehen normaali kroppa

Viimeinen muoto tiivistetystä merkitysyksiköstä: 122.C Oma ruumis miehen normaali kroppa, jopa lihaksikas urheilija

LIITE 3. Alkuhaastattelujen nonverbaalisuuden kategoriat ja niihin liittyvät tiivistetyt merkitysyksiköt

Affektin peittäminen:

- 7.A Surun ja pahan olon tunteet pyrkii peittämään.
 10.A Vihan tunteita ei helposti näytä.
 35.A Kun ei pidä toisesta ihmisestä, katsetta pyrkii välttämään.
 55.B Ikäviä asioita ei ilmaista sanattomasti.
 76.B Suuttuessa ei katsekontaktia.

Aitous, halukkuus, luottamus:

- 1.A Sanaton viestintä antaa todenmukaisen kuvan ihmisestä, kun näkee ensimmäisen kerran.
 2.A Sanattoman viestinnän höyty, että kertoo voiko ihmistä lähestyä ja miten.
 3.A Näyttää selkeästi tiettyjen eleiden ja ilmeiden avulla haluaako lähestyä toista.
 21.A Sanattoman viestinnän asiat kertoo luotettavuudesta: miten ihmiselle voi puhua.

Ei tietoa:

- 138.D Ei osaa sanoa mitä merkitystä sanattomalla viestinnällä on.
 141.D Omaa positiivista sanatonta viestintää vaikea arvioida, ajatus omasta pelottavuudesta.
 153.D Ei oikein tiedä, mitä sanattoman viestinnän asioita huomioi, mutta siisti vaatetus tuo plussaa ihmiselle.
 154.D Ei voi itse tietää toisen kiinnostuneisuudesta.
 163.D Ei oikein tiedä milloin katsoo toisia mutta ainakin kauniita naisia.

Elämänasenne:

- 181.E Sanattomasta viestinnästä näkee onko toinen tyytyväinen.
 184.E Oman olotilan myös pahan olon ilmaiseminen sekä sairauden hyväksyminen tärkeää.
 188.E Huomaamisen ja arvokkuuden lisääntyminen aikuisuuden myötä.
 191.E Pärjäämisen lisääntyminen viime vuosina.
 192.E Toisille puhuminen ja luottaminen on tärkeää, kuten myös rauhallinen viestintä.
 195.E Toisen huomioiminen tärkeää.
 196.E Pyrkii keskustelemaan asioista, mikä tuo voimaa.
 204.E Elämä on välillä onnellista, välillä epäröintiä.

206.E Kosketus kertoo, että toinen voi olla toiselle lapsi.

209.E Katse, kun hyväksyy toisen.

220.E Hyvä olo on lääkettä ja iloisuus, joka aina läsnä, näkyy tasapainoisuutena ja rauhallisuutena.

225.E Hyvänolon tunteet ruumiissa ja tyytyväisyys, luottamus itseen.

Epätodellisuus ja yliluonnollisuus:

93.C Ajatusten vaistoaminen ja tahdonvoima merkitsee sanatonta viestintää.

95.C Alkoholi ja lääkkeet saa aikaan haavemaailman, mikä sanatonta viestintää.

99.C Oudosti, erilailla käyttäytymällä saa huomiota, mutta pitää tietää todellisuus.

112.C Puhelimessa sanaton viestintä mahdotonta, ainoastaan tahdonvoimalla voi puhua sanattomasti.

133.C Perinnöllisistä sairauksista, kuten mielisairaus johtuvat tuntemukset, ja ajatustenluku epätavallisia.

137.C Haavemaailma ja telepatia sanatonta viestintää, mutta muistettava todellisuus.

Erilaisuus:

99.C Oudosti, erilailla käyttäytymällä saa huomiota, mutta pitää tietää todellisuus.

Hyväksyntä:

53.B Myöntelemisen, kun hyväksyy toisen on omaa sanatonta viestintää.

63.B Hymy kertoo tapaamisen hyväksymisestä.

64.B Puhetavan selkeys ja myötämielisyys kertoo tapaamisen hyväksymisestä.

Hyvät tavat:

59.B Tervehtimisellä voi viestittää kiinnostusta.

100.C Hymyily, morjestaminen ja nyökkääminen ilmentää, että on kiinnostunut.

109.C Oma positiivinen käytös saa toisen kiinnostumaan.

117.C Tervehtiminen on kosketusta.

110.C Puhumattomuus kertoo, että ei välitä, hyvät tavat että välittää.

182.E Itse tervehtii ja hymyilee.

Itsen negatiivisuus:

140.D Nyrpeän naaman näyttäminen omaa sanatonta viestintää.

141.D Omaa positiivista sanatonta viestintää vaikea arvioida, ajatus omasta pelottavuudesta.

155.D Toisen kiinnostumattomuuden vaan huomaa.

Kasvot viestittäjänä:

3.A Näyttää selkeästi tiettyjen eleiden ja ilmeiden avulla, haluaako lähestyä toista

9.A Hyvä mieli näkyy kasvoilla ja hymyssä.

15.A Katsekontaktilla ja uteliaalla olemuksella voi ilmentää omaa kiinnostusta.

16.A Pälyilemällä ja tympääntyneellä ilmeellä voi ilmentää, että ei ole kiinnostunut.

17.A Oman olemuksen hyväntuulisuus, iloiset silmät ja hymy ilmaisee tykkäämistä ja viestittää kiinnostusta.

24.A Utelias katse ja ilme kasvoilla kertoo, että toinen on kiinnostunut.

25.A Poissaoleva ilme, jossa alakuloisuutta kertoo, että toinen ei ole kiinnostunut.

29.A Vastakkain pöydän ääressä kasvotusten on sopiva etäisyys.

30.A Jokaisella oma reviiri, joka säilytettävä, mutta tärkeää on nähdä toisen kasvot ja olla siten lähellä.

34.A Pyrkimys katsekontaktiin aina kun mahdollista, mutta ei tuijottelua.

35.A Kun ei pidä toisesta ihmisestä, katsetta pyrkii välttämään.

45.A Iloisuus näkyy asennon rentoutena ja kasvoilla.

54.B Myötätuntoisten asioiden ilmaisu nyökkäämällä sujuu hyvin.

57.B Ei oikein tiedä, miten ilmaisisi sanattomasti kiinnostusta, mutta ilmeiden ja eleiden avulla.

58.B Pään pyöritys ilmentää kiinnostumattomuutta.

62.B Esimerkiksi hymyn huomioiminen lääkärissä tärkeää.

65.B Ilme kertoo, että toinen on kiinnostunut.

66.B Vakavampi ilme kertoo, että toinen ei ole kiinnostunut.

84.B Pään kumaruus ilmentää väsymystä.

Kontakti ja puhe:

71.B Sopiva etäisyys auttaa saamaan kontaktin.

75.B Katse, kun on asiaa.

Kosketuksen mahdollisuus:

31.A Rakkauden, ystävyuden sekä hyvän mielen ilmaisu kosketuksella.

32.A Aito tilanteeseen sopiva halaus miellyttävää.

33.A Jatkuva olalle taputtelu ja ”ollaan kavereita” –kosketus epämiellyttävää.

Kyvykkyys:

51.B Sanaton viestintä auttaa ilmaisemaan asioita hyvin.

- 139.D Ei oikein tiedä sanattoman viestinnän hyötyä, mutta sen avulla saavuttaa jotain.
151.D Fiksuus ja halu kuunnella huomioidaan lääkäristä sanattomien viestien kautta.

Läheisyys ja oma tila:

- 28.A Se, miten läheisyyden kokee, riippuu tilanteesta ja erityisesti henkilön mielialasta ja ystävällisyydestä.
30.A Jokaisella oma reviiri, joka säilytettävä, mutta tärkeää on nähdä toisen kasvot ja olla siten lähellä.

Läheisyys:

- 113.C Läheisyys luo epävarmuutta, joka näkyy myös sanattomasti.
116.C Se, miten lähellä toista on, riippuu henkilön herättämästä tunteesta.

Muu nonverbaalisuus:

- 18.A Utelias äänensävy kertoo kiinnostuksesta.
19.A Tympääntynyt äänensävy kertoo mielialasta.
20.A Kasvojen ilmeet, tapa kätellä, kävelytyyli merkitsevät paljon ja vaikuttavat omaan mielialaan.
26.A Iloinen äänensävy kertoo, että toinen on kiinnostunut.
27.A Tympääntynyt äänensävy ilmentää, että toinen ei ole kiinnostunut.
43.A Väsymys näkyy liikkeiden ja ilmeiden rauhallisuutena.
44.A Kireys, jännittyneisyys kasvoilla sekä jäykät liikkeet ilmentävät pahaa mieltä.
45.A Iloisuus näkyy asennon rentoutena ja kasvoilla.
96.C Hartioiden nosteleminen, käsien liikkeet ilmaistaan hyvin.
101.C Itse ilmaisee kiinnostusta rokkieleillä ja -liikkeillä.
102.C Rokkieleet ja liikkeet sekä viittomakieli ilmaisevat kiinnostusta.

Myötäeläminen:

- 54.B Myötätuntoisten asioiden ilmaisu nyökkäämällä sujuu hyvin.
60.B Myötäeläminen puhelimessa ilmentää kiinnostusta.
72.B Hyviä asioita, kuten jos toisella menee hyvin, voi ilmaista kosketuksella.

Nonverbaalisuus <-> kontakti vs. vetäytyminen:

- 120.C Katse keskustelun yhteydessä.
121.C Ei katsetta, kun huomio muualla.

Oma toiminta:

- 105.C Ensin huomioi tuikean käytöksen, mikä kertoo aggressiivisuudesta, ja toimii vasta sitten.

107.C Läheisyyden avulla näkee mielialan, minkä jälkeen voi päättää miten toimii.

132.C Vitsien kertominen ja huumori kertoo iloisuudesta.

130.C Pahaa mieltä ilmentää tulisilla hiilillä oleminen ja äänekkyyys, jota kontrolloitava.

131.C Pahalla mielellä äänekkyyys, jota kontrolloitava, ettei tule väkivaltaa.

Oman tilan tärkeys:

142.D Oma reviiiri olemassa ja sitä ei voi jakaa, vaikka sitä ei ilmaise.

162.D Humalaisen naisen kosketus epämiellyttävää.

Osa omaa toimintaa:

4.A Sanaton viestintä automaattinen liike, refleksi, jota ei ajattele.

5.A Sanaton viestintä arkielämässä jatkuvasti mukana.

11.A Kaiken pystyy omalla tavallaan ilmaisemaan.

Passiivisuus:

141.D Omaa positiivista sanatonta viestintää vaikea arvioida, ajatus omasta pelottavuudesta.

150.D Huomion kiinnittäminen muuhun ilmaisee, että ei ole kiinnostunut.

163.D Ei oikein tiedä, milloin katsoo toisia, mutta ainakin kauniita naisia.

Positiivinen muutos:

12.A Nuorempana hiljainen ja jäykkä viestimään, mutta nyt parantunut.

13.A Ilmaisun tehostuminen sairauden tai kehityksen vuoksi.

188.E Huomaamisen ja arvokkuuden lisääntyminen aikuisuuden myötä.

190.E Tullut rohkeammaksi ilmaisemaan tunteita.

191.E Pärjäämisen lisääntyminen viime vuosina.

Pysyvyys:

56.B Ei muutosta sanattomassa ilmaisussa.

Sairauden merkitys:

98.C Sairaus aiheutti luulon salakuuntelulaitteesta ja kiusaamisesta.

133.C Perinnöllisistä sairauksista kuten mielisairaus johtuvat tuntemukset ja ajatustenluku epätavallisia.

144.D Oman reviiirin suurentuminen sairauden myötä.

164.D Ajattelee, että ehkä paniikitilassa ei voi katsoa toisia.

145.D Aiemmin oli sekaisin, kun ei oikeita lääkkeitä.

Sosiaalinen vetäytyminen:

143.D Hiljentyminen aikuisuuden myötä.

148.D Sukupuolisen kiinnostuksen ilmaiseminen helpompaa alkoholin avulla.

158.D Läheisyys tekee olon epämukavaksi, koska on pitkään ollut yksin.

Tunnetila:

6.A Oman iloisuuden näyttää hyvin.

8.A Hyvän mielen näyttää herkästi.

20.A Kasvon ilmeet, tapa kätellä, kävelytyyli merkitsevät paljon ja vaikuttavat omaan mielialaan.

22.A Huomioi mielialan, että voi tietää voiko toista lähestyä.

23.A Sanattoman viestinnän asiat kertoo, miten lähestyä ihmistä, mikä hänen tunnetilansa on.

43.A Väsymys näkyy liikkeiden ja ilmeiden rauhallisuutena.

44.A Kireys, jännittyneisyys kasvoilla sekä jäykät liikkeet ilmentävät pahaa mieltä.

45.A Iloisuus näkyy asennon rentoutena ja kasvoilla.

84.B Pään kumaruus ilmentää väsymystä.

85.B Ruumis värisee pahalla mielellä.

86.B Nopea käytös kertoo pahasta mielestä.

128.C Kutinan tunne ja silmien kiristäminen väsyessä.

129.C Väsymys, joka voi aiheutua myös nautintoaineista, näkyy silmissä ja puhessa.

183.E Sanaton viestintä on itkemistä, nauramista.

184.E Oman olotilan myös pahan olon ilmaiseminen sekä sairauden hyväksyminen tärkeää.

Tunnetila - -> Nonverbaalisuus:

186.E Ruokailutilanteessa, joka painajainen, ei sanatonta viestintää.

187.E Pelätessä toisen kohtaamista ei voi ilmaista sanattomasti.

189.E Pelkotilassa ei uskalla viestiä.

Verbaalisuus:

111.C Puhelimessa sanaton viestintä mahdotonta, sillä on nähtävä toinen.

112.C Puhelimessa sanaton viestintä mahdotonta, ainoastaan tahdonvoimalla voi puhua sanattomasti.

Verbaalisuuden tärkeys:

192.E Toisille puhuminen ja luottaminen on tärkeää, kuten myös rauhallinen viestintä.

193.E Sanojen avulla ilmaisee, että ei kiinnosta.

194.E Välittämisen ilmaiseminen sanoin.

196.E Pyrkii keskustelemaan asioista, mikä tuo voimaa.

201.E Toinen ilmaisee sanoin, että ei ole kiinnostunut.

Välittämisen tunteet:

97.C Välittäminen ilmaistava sanoin.

110.C Puhumattomuus kertoo, että ei välitä, hyvät tavat että välittää.

118.C Kiintymyksen ilmaisu ja rakkaus liittyvät kosketukseen.

Yhdentekevyys:

199.E Ei ole kiinnittänyt huomiota sanattoman viestinnän asioihin toisten käyttäytymisessä.

210.E Ei tilanteita jolloin ei katsoisi toisia.

LIITE 4. Loppuhaastattelujen nonverbaalisuuden kategoriat ja niihin liittyvät tiivistetyt merkitysyksiköt

Affektin peittäminen:

53.B *Vihaisena ei sanatonta ilmaisua.*

74.B *Erimielisyys aiheuttaa, että ei katso.*

Ajattelu:

45.A *Ryhmä oli mielenkiintoinen ja laittoi ajattelemaan, vaikka ei huomannut siirtäneensä asioita omaan arkeen.*

47.A *Ryhmä laittoi ajattelemaan ja huomasi oman tuijottelun.*

89.B *Ryhmä toi tarpeellisia erilaisia näkökantoja, joista koskettaminen oli hyvää.*

90.B *Ryhmä antoi ajateltavaa, miten toimia eri tilanteissa, mm oppi tervehtimään ja katsomaan silmiin.*

237.E *Ryhmä vapautti ja toi järkeä päähän ja todellisuutta.*

239.E *Ryhmä antoi itseluottamusta ja auttoi ajattelemaan rehellisesti.*

Arkielämä:

92.C *Sanattoman viestinnän opettelu kertaa perusasioita, joita tarvitaan joka päivä.*

138.C *Ryhmä oli arkielämän taitojen kertaamista ja muistutti, mitä elämässä voi olla.*

Ei tietoa:

142.D *Ei voi itse sanoa, mitä viestii hyvin, ehkä kädet nyrkissä.*

147.D *Itsellä ei ole hyviä ystäviä, joten ei voi tietää, miten ystävälle viestisi.*

155.D *Ei huomioi erityisesti sanatonta viestintää.*

173.D *Väsytys kankeuttaa, mutta oman väsymisen näkymistä ulospäin vaikea arvioida.*

174.D *Paha mieli vaikuttaa hermoihin, mutta ei näy ulospäin.*

175.D *Ei tiedä miten iloisuus näkyy, mutta ehkä hymynä.*

Elämänasenne:

183.E *Ihmisen kohdatessa on tärkeää hyväksyminen ja oma itsenäisyys.*

186.E *Tunteita voi ilmaista sanattomasti, ja katseella voi aikaansaada hyväksyntää.*

192.E *Sanaton ilmaisu muuttunut rauhallisemmaksi ja onnellisemmaksi.*

195.E *Ajattelee, että rakkaus vaan viestittää.*

200.E *Toisesta huomioi sen, ymmärtääkö hän itseä, ja kannattaako häntä hyväksyä.*

202.E *Keskustellessa tärkeää olla rauhallinen ja puhua asioista, joista toinen kiinnostunut, ja muistettava, että elämässä on muutakin kuin sairaala.*

- 204.E Kun elämä on rauhallista, on helpompi puhua toiselle.
- 207.E Sopiva etäisyys toiseen takaa rauhan ja oman elämänpiirin.
- 208.E Koska sairaala itselle pysyvä paikka, on sen pysyttävä rauhallisena paikkana.
- 211.E Oma rauha tärkeää voimien keräämiseen, mutta toiminta edesauttaa parantumista.
- 228.E Iloisuus on vapautumista.
- 230.E Tyytyväisyys näkyy elämänmyönteisyytenä.

Erilaisuus:

- 139.C Hyvä, että otetaan mallia ja opitaan perusasiat, mutta muistettava ja otettava huomioon että jokainen ihminen on erilainen.

Hyväksyntä:

- 62.B Oman tervehtimisen onnistuminen johtaa siihen, että lääkäri hyväksyy tapaamisen.

Hyvät tavat:

- 55.B Sanaton viestintä muuttunut selvemmäksi ja luontevammaksi, erityisesti tervehtiminen.
- 59.B Kätteleminen ilmentää kiinnostusta.
- 69.B Käden mitta sopiva etäisyys, mikä on edellytys katsekontaktille, tervehtimiselle.
- 70.B Tervehtimisen ilmaisu kosketuksella.
- 71.B Kättely mukavaa kosketusta.
- 95.C Tervehtimisen ilmaisu onnistuu hyvin sanattomasti.
- 109.C Hymyily ja tervehtiminen kertoo, että henkilö huomioi toiset.
- 116.C Kosketusta on tervehtiminen ja olalle taputtelu tsemppaavana eleenä.
- 165.D Katsoo, kun on asiaa tai tervehtiessä.

Kasvot viestittäjänä:

- 10.A Kiinnostuksen ilmaisu katseella, pään liikkeillä ja ilmeillä.
- 11.A Pälyilemisellä ja poislähtemisellä voi viestiä kiinnostamattomuutta.
- 12.A Kiinnostusta ilmaisee myönteisillä kasvonilmeillä, silmiin katsomisella ja hymyllä.
- 23.A Metrin etäisyys, pöydän väli sopiva etäisyys, jossa ei ihan nenät vastakkain, mutta tärkeää olla kasvotusten.
- 28.A Katsoo aina silmiin, katsekontakti on ensimmäinen asia, kun näkee ihmisen.
- 30.A Ei katso toista jos ei halua kontaktia.
- 38.A Väsymys näkyy selkeästi kasvon ilmeissä ja olemuksessa.

- 39.A Kiukku säkenöi ruumiissa aiheuttaen silmien paloa, totisuutta.
- 40.A Iloisuus näkyy koko kehossa, erityisesti kasvoilla.
- 57.B Nyökkääminen ja katse ilmentävät kiinnostusta.
- 64.B Toisen kiinnostuksen näkee hyväksyttävästä ilmeestä.
- 65.B Pään pyöritys kertoo, että toinen ei ole kiinnostunut.
- 93.C Omaa sanatonta viestintää katsekontakti, ei niinkään kosketus.
- 102.C Hymyllä, naurulla ja katseella kiinnostuksen osoittaminen.
- 104.C Hymyileminen viestittää kiinnostusta.
- 111.C Pään kääntäminen, puhumattomuus, pois lähteminen ja pois katsominen kertovat, että toista ei kiinnosta.
- 127.C Ruumista heikottaa kun on väsynyt, mikä näkyy silmissä.
- 134.C Minuus kasvoissa, sillä jokainen oman näköisensä.
- 141.D Katse, kädet ja koko keho merkitseviä.
- 148.D Kiinnostuksen ilmaisu olemalla mukana keskustelussa, mikä näkyy silmissä.
- 149.D Katseen välttäminen, kun ei ole kiinnostunut.
- 150.D Katseella ja loppupuheenvuorossa kiinnostuksen osoittaminen.
- 156.D Silmistä ja eleistä huomaa kiinnostuneisuuden.
- 175.D Ei tiedä miten iloisuus näkyy, mutta ehkä hymynä.
- 186.E Tunteita voi ilmaista sanattomasti, ja katseella voi aikaansaada hyväksyntää.
- 194.E Kun ei ole kiinnostunut, katsoo vihaisesti ja poistuu.

Katse ja läheisyys:

- 69.B Käden mitta sopiva etäisyys, mikä on edellytys katsekontaktille, tervehtimiselle.
- 73.B Katse kun on hyvä ystävyys hetki, jolloin asiat on hyvin.

Kyvykkyys:

- 140.D Sanaton viestintä on taitoa, jonka avulla saa tuotua oman kantansa esiin.
- 153.D Lääkärin hyvyden huomaa heti mm. puheesta.
- 198.E Lääkärin käsien vapinan, mielialan, taitavuuden huomioiminen sanattomasta viestinnästä.
- 199.E Sanattoman viestinnän asiat kertoo lääkärin luotettavuudesta ja taitavuudesta.

Läheisyys – oman tilan tärkeys:

- 22.A Liika läheisyys tuottaa kiusaantuneisuuden tunteen, oltava vähän omaa reviiriä.
- 23.A Metrin etäisyys, pöydän väli sopiva etäisyys, jossa ei ihan nenät vastakkain, mutta tärkeää olla kasvojen välillä.

24.A Kun etäisyys sopiva, kuulee hyvin, mutta säilyttää oman reviirin.

27.A Liika läheisyys epä mukavaa.

Muu nonverbaalisuus:

6.A Kaikenlaisten tunnetilojen ilmaiseminen kasvonilmeillä, käsien asennoilla ja liikkeillä.

13.A Ystävällinen innostunut äänensävy puhelimessa kertoo kiinnostuksesta.

14.A Puhelimessa ylimalkainen vastailu ja tympääntynyt sävy viestii, että toinen ei ole kiinnostunut.

15.A Kävelytyyli, puhetapa ja kättely kertovat mm. kiireisyydestä ja vastaanottavuudesta ja vaikuttavat itse.

19.A Jos eleet ja ilmeet eivät ole pois lähtevän näköisiä, toinen on kiinnostunut.

20.A Pois lähtevän näköinen ja kellon vilkuilu viestittää kiinnostumattomuudesta.

21.A Äänensävy kertoo paljon, se miten asiat sanotaan kertoo enemmän kun sanojen merkitys.

50.B Nyökkääminen, kontakti, kosketus ja ryhti omaa sanatonta ilmaisua.

52.B Ilmaisee hyvin suoraa ryhtiä ja asentoa keskustellessa.

107.C Ryhmän mukaisten asioiden huomioiminen tärkeää: ryhti, ystävällinen katse, käden mittainen kosketus.

110.C Kuunteleminen, katseella huomioiminen ja puhe kertovat kiinnostuneisuudesta.

141.D Katse, kädet ja koko keho merkitseviä.

Oman tilan tärkeys:

143.D Ajattelee, että häntä ei uskalleta lähestyä, ja että myös itse pitää oman tilan, joka tärkeä.

160.D Naisen, erityisesti vieraan naisen läheisyys tukalaa, mutta miehen ok.

164.D Puliukon kaulaileminen epä mukavaa kosketusta.

207.E Sopiva etäisyys toiseen takaa rauhan ja oman elämänpiirin.

210.E Tiettyjen miesten läheisyys ja kosketus hyvin epämiellyttävää.

211.E Oma rauha tärkeää voimien keräämiseen, mutta toiminta edesauttaa parantumista.

240.E Miehet ja heidän läheisyys tekee itselle pahan olon.

Oma toiminta:

128.C Paha mieli ahdistaa, jolloin naama näyttää tuikealta ja rupeaa hermostuttamaan, mitä kontrolloitava.

129.C Iloisena hymyilyä ja enemmän liikkumista.

130.C Hyvä mieli vaikuttaa psyykeen ja fysiikkaan parantavasti.

226.E Pahalla mielellä kaikki inhottaa, ja se pitää näyttää mm. puhumalla mitä haluaa.

Osa omaa toimintaa:

3.A Jatkuva arkielämän viestintä eleiden, ilmeiden ja liikkeiden avulla.

Positiivinen muutos:

7.A Aiemmin ei ilmaissut vihantunteita, mutta nyt pyrkii kaiken ilmaisemaan jollain tapaa, että pystyy purkamaan patoutumia.

8.A Nuorempana hyvin kylmä ja arka ilmaisemaan mitään.

9.A Huonossa kunnossa ollessa viestintä yliampuvaa, mutta paremmassa kunnossa ilmaisu rohkeampaa mitä ennen.

55.B Sanaton viestintä muuttunut selvemmäksi ja luontevammaksi, erityisesti tervehtiminen.

100.C Aiemmin ei olisi pystynyt keskittymään ryhmään, koska mukana oli alkoholi, naiset, musiikki.

101.C Nykyisin itsellä enemmän toimintaa, yritystä.

190.E Mielen rauhoittuminen aikuisuuden myötä.

192.E Sanaton ilmaisu muuttunut rauhallisemmaksi ja onnellisemmaksi.

Sairauden merkitys:

9.A Huonossa kunnossa ollessa viestintä yliampuvaa, mutta paremmassa kunnossa ilmaisu rohkeampaa mitä ennen.

56.B Sairauden aikana vähemmän sanatonta ilmaisua.

108.C Tuikean, iloisen käytöksen huomioiminen tärkeää. Sairaalassa potilaat harvoin hymyilevät, toisin kuin hoitajat.

146.D Aiemmin ollut työhullu, mutta nyt työhön paluu aiheuttaa pelkoja eikä jaksaa.

176.D Paniikkihäiriö rajoittanut arkielämää.

Sisäistäminen:

29.A Ryhmän ansioista välttää tuijottelemasta liikaa, sillä tämä aiheuttanut aiemmin vääriä mielikuvia.

36.A Liikkumista pyrkinyt ryhdistämään.

47.A Ryhmä laittoi ajattelemaan ja huomasi oman tuijottelun.

55.B Sanaton viestintä muuttunut selvemmäksi ja luontevammaksi, erityisesti tervehtiminen.

78.B Pitäisi seistä suurempana.

90.B Ryhmä antoi ajateltavaa, miten toimia eri tilanteissa, mm. oppi tervehtimään ja katsomaan silmiin.

107.C Ryhmän mukaisten asioiden huomioiminen tärkeää: ryhti, ystävällinen katse, käden mittainen kosketus.

124.C Asento kuten opeteltiin: rento, kädet sivuilla.

191.E Itsellä aiemmin tuijottelua ja hengellistä puhetta, jolloin ryhmä olisi tehnyt hyvää.

Sosiaalinen vetäytyminen:

147.C Itsellä ei ole hyviä ystäviä, joten ei voi tietää, miten ystävälle viestisi.

160.D Naisen, erityisesti vieraan naisen läheisyys tukalaa, mutta miehen ok.

176.D Paniikkihäiriö rajoittanut arkielämää mm. ulkomaailmassa liikkumista.

Sosiaalisuus ja aktivoituminen:

136.C Ryhmästä sai monipuolisia vinkkejä ja kontaktia ihmisiin.

137.C Ruumiilliset harjoitukset, kuten tanssi olivat mukavia.

Sosiaalisuus ja varmuus:

180.D Ryhmä toi itsevarmuutta ja jaettuja kokemuksia.

181.D Ryhmä toi itsevarmuutta sekä varmuutta ihmisten lähellä.

Tunnetila:

1.A Sanaton viestintä viestittää vastapuolen mielialaa ja kiinnostuneisuutta.

2.A Sanattoman viestinnän hyötynä, että ei tarvitse kysellä vaan kiinnostuksen ja mielialan havaitsee muuten.

6.A Kaikenlaisten tunnetilojen ilmaiseminen kasvonilmeillä, käsien asennoilla ja liikkeillä.

7.A Aiemmin ei ilmaissut vihantunteita, mutta nyt pyrkii kaiken ilmaisemaan jollain tapaa, että pystyy purkamaan patoutumia.

17.A Mielialan, joka voi tarttua itseän, havainnoiminen tuntemattomillakin.

18.A Mieliala kertoo, voiko ihmistä lähestyä, muodostaa kontaktia.

22.A Liika läheisyys tuottaa kiusaantuneisuuden tunteen, oltava vähän omaa reviiriä.

25.A Myötäelämisen ja rakkauden tunteita voi ilmaista kosketuksella.

38.A Väsymys näkyy selkeästi kasvon ilmeissä ja olemuksessa.

39.A Kiukku säkenöi ruumiissa aiheuttaen silmien paloa, totisuutta.

40.A Iloisuus näkyy koko kehossa, erityisesti kasvoilla.

- 79.B *Asento silloin huonompi, kun mikään ei miellytä.*
- 82.B *Väsyneenä ramasee ja nukuttaa, ja ryhti on velto.*
- 83.B *Pahalla mielellä ruumis kiistelee, huutaa ja tekee äkkipikaisia liikkeitä.*
- 84.B *Iloisena kevyt olo ja reippaampi ryhti.*
- 97.C *Tunneasioita, kiellettyjä tunteita vaikea ilmaista.*
- 108.C *Tuikean, iloisen käytöksen huomioiminen tärkeää. Sairaalassa potilaat harvoin hymyilevät, toisin kuin hoitajat.*
- 127.C *Ruumista heikottaa kun on väsynyt, mikä näkyy silmissä.*
- 184.E *Itse ilmaisee tunteita, naurua ja äkäisyyttä sanattomast.*
- 186.E *Tunteita voi ilmaista sanattomasti, ja katseella voi aikaansaada hyväksyntää.*
- 187.E *Lääkärin käsien vapinan, mielialan, taitavuuden huomioiminen sanattomasta viestinnästä.*
- 188.E *Sanattoman viestinnän asiat kertoo lääkärin luotettavuudesta ja taitavuudesta.*
- 195.E *Ajattelee, että rakkaus vaan viestittää.*
- 198.E *Lääkärin käsien vapinan, mielialan, taitavuuden huomioiminen sanattomasta viestinnästä.*
- 209.E *Kosketuksella voi ilmaista hyvää oloa.*
- 213.E *Perheen ja rakkauden kosketus miellyttävää.*
- 226.E *Väsymys rentouttaa ja näkyy kauneutena.*
- Vaihtoehtoisuus ja selkeyttäminen:
- 49.B *Sanaton viestintä auttaa saamaan asiat selväksi ja toivoisi tätä puheen sijaan.*
- 51.B *Tilanteissa, jossa ei puhuta paljoa, viestii sanattomasti.*
- 63.B *Huomioi katseen ja kosketuksen, jotka selventävät ja tarkentavat.*
- Valheellisuus:
- 4.A *Sanatonta viestintää ei voi ajatella muutoin vääristyy.*
- 5.A *Sanatonta viestintää voi näytellä.*
- Verbaalisuus:
- 94.C *Jos vieraampi tilanne ensin katse sitten keskustelu.*
- 96.C *Asiat puhutaan, mutta jos ei asiaa voi viestiä sanattomasti.*
- 119.C *Kun toinen puhuu, häntä katsoo*
- 111.C *Pään kääntäminen, puhumattomuus, pois lähteminen ja pois katsominen kertovat, että toista ei kiinnosta*
- 110.C *Kuunteleminen, katseella huomioiminen ja puhe kertovat kiinnostuneisuudesta.*

148.D Kiinnostuksen ilmaisu olemalla mukana keskustelussa, mikä näkyy silmissä.

150.D Katseella ja loppupuheenvuorossa kiinnostuksen osoittaminen.

153.D Lääkärin hyvyyden huomaa heti mm puheesta.

165.D Katsoo, kun on asiaa tai tervehtiessä.

185.E Itse ei ilmaise paljon sanattomasti, mutta sanaton viestintä kuuluu puheeseen ja on keskustelun edellytyksenä puheen kanssa.

202.E Keskustellessa tärkeää olla rauhallinen ja puhua asioista, joista toinen kiinnostunut, ja muistettava että elämässä on muutakin kuin sairaala.

204.E Kun elämä on rauhallista on helpompi puhua toiselle.

Verbaalisuuden tarpeettomuus:

2.A Sanattoman viestinnän hyötynä, että ei tarvitse kysellä vaan kiinnostuksen ja mielialan havaitsee muuten.

Vieraus:

91.B Sanallinen viestintä sanattomaa tutumpaa, mutta ryhmässä oli hauskaa ja meni hyvin.

LIITE 5. Ruumiillisuuden merkitys –kategoriat ja niihin liittyvät tiivistetyt merkitysyksiköt alkuperä- ja loppuhaastatteluissa.

Alkuhaastattelut

Elämänasenne:

211.E *Ei ole ajatellut millainen oma ruumis on, mutta pitää sitä omalaatuisena.*

212.E *Tykkää, että ruumis on oma.*

224.E *Tullut lisää viisautta, uudenlaisia tuntemuksia ruumiissa sekä hyväksyntää.*

225.E *Hyvänolon tunteet ruumiissa ja tyytyväisyys, luottamus itseen tärkeitä.*

Neutraalius:

37.A *Itselle sopiva, ei ruma eikä kaunis ruumis.*

77.B *Oma ruumis sopivasuhtainen.*

78.B *Ruumis menettelee.*

Normien vaikutus:

40.A *Tilanteen virallisuus vaikuttaa asentoon.*

82.B *Itsellä ei hyvä fyysinen kunto.*

89.B *Toive ruumiin hoikentamisesta.*

127.C *Liikkuminen vähentynyt ja kunto huonontunut.*

134.C *Lihaksikkuuden lisääminen toiveena.*

165.D *Lihominen, vähäisempi treenaaminen.*

166.D *Ruumis komea ja komistuu, kun treenaa.*

177.D *Lisää lihaksia, laihtuminen, jotta jaksaa tehdä töitä paremmin.*

179.D *Sairauden myötä ruumiin kuihtuminen – aiemmin enemmän panostusta fyysiseen ulkomuotoon.*

Oma hyvinvointi:

42.A *Väsymys tuottaa nautintoa ja hyvinolontunnetta.*

47.A *Fyysisen kunnon lisääminen toiveena.*

122.C *Hyvä kunto ja terveelliset elämäntavat tärkeitä.*

165.D *Lihominen, vähäisempi treenaaminen.*

177.D *Lisää lihaksia, laihtuminen, jotta jaksaa tehdä töitä paremmin.*

Oman ruumiin hyväksyminen:

36.A Tyytyväisyys omaan kehoon, vaikka muutettavaa muiden mielestä olisi.

37.A Itselle sopiva, ei ruma eikä kaunis ruumis.

49.A Huomio aiemmin ulkoisessa olemuksessa, mutta nyt hyväksyy rypytkin.

77.B Oma ruumis sopivasuhtainen.

123.C Oman itsenlainen ruumis, vaikka mallia voi ottaa esikuvilta.

Sairauden merkitys:

46.A Psykoosissa outoja kipu aistimuksia, kiusantekoa, jota vaikea kuvailla ja muistaa.

133.C Perinnöllisistä sairauksista, kuten mielisairaus johtuvat tuntemukset, ja ajatustenluku epätavallisia.

136.C Lääkkeiden vaikutukset ruumiiseen selkeitä.

179.D Sairauden myötä ruumiin kuihtuminen – aiemmin enemmän panostusta fyysiseen ulkomuotoon.

221.E Pahat ruumiin tuntemukset, ”juuret päähän, raiskaileminen”, ovat johtaneet sairaalaan.

LoppuhaastattelutNeutraalius:

32.A Normaali, ei silmiinpistävä ruumis, vain tukan väri harvinaisempi, joten jää ihmisten mieleen.

76.B Oma ruumis neutraali.

Normien vaikutus:

35.A Tilanteen arvokkuus vaikuttaa asentoon ja pukeutumiseen.

75.B Liian lihava ruumis.

85.B Joskus ollut liian lihava.

86.B Haluaisi laihemmaksi itsensä.

122.C Oma ruumis miehen normaali kroppa, jopa lihaksikas urheilija.

132.C Toiveena lisää pituutta, painoa pois ja tiiviimmät lihakset.

167.D Ruumis ei hyvä, koska ei ole treenannut.

168.D Ajattelee, että ruumis 8- arvoinen, mutta treenaamalla saisi pian kuntoon.

177.D Haluaisi kasvattaa lihaksia ja saada uuden pään.

Oma hyvinvointi:

37.A Fyysisen rasituksen tuoma väsymys nautinnollista, mutta unettomuus tuottaa kireyttä.

42.A Mahan, käsivarsien ja kaulan pienentäminen, jotta pukeutuminen olisi helpompaa.

133.C Aiemmin käytti liikaa alkoholia, tupakkaa lisäravinteita, syömistä.

Oman ruumiin hyväksyminen:

31.A Oman ruumiin kanssa sovussa, vaikka iso ja muilta paineita laihduttaa.

Sairauden merkitys:

41.A Kiputuntemuksia, lämpö- ja kosketusaistimuksia sairauden huonommassa vaiheessa.

88.B Tuntee itsensä lihavamaksi sairauden myötä.

121.C Nyt ruumis lihaksikas ja laihempi, mutta sairaalan tullessa oli toisin, koska vähän liikuntaa ja enemmän kaljottelua.

131.C Outo tuntemus kuin joku vääntäisi hypnoottisesti niin että paikat repeäisi, mikä kuitenkin epätodellista.

135.C Koordinaatio on kadonnut, paino lisääntynyt ja sivuvaikutuksia lihaksiin sairauden myötä.

179.D Ruumiista tullut taakka sairauden myötä, mikä johtanut mm. itsemurhayritykseen.

Tunnetilan vaikutus:

217.E Ruumis on eri aikoina ja eri tilanteissa miellyttävän tai kauhean näköinen.

218.E Tällä hetkellä inhoaa omaa läskiä ruumistaan, mikä johtuu miesten puheista.

220.E Mieliala vaikuttaa siihen, miten lihavaksi itsensä kokee.

238.E Kun toiset haukkuvat itseä, alkaa inhota omaa ruumista.

242.E Oma äkäisyys suututtaa ja sitä purettava fyysisesti kuntosalilla.