

**Ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn,
kiintymystyyleihin sekä keholliseen kokemukseen vuorovaikutustilanteissa**

Annukka Pollari

Natalia Veid

Psykologian pro-gradu tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2020

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO Psykologian laitos

POLLARI, ANNUKKA & VEID, NATALIA: Ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn, kiintymystyyleihin sekä kokemukseen vuorovaikutustilanteissa Pro gradu -tutkielma, 45s.

Ohjaaja: Katriina Hyvönen

Psykologia

Toukokuu 2020

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian (TLT) vaikuttavuutta masennuskuntoutujien sosiaaliseen toimintakykyyn, kiintymystyyleihin sekä osallistujien kehollisiin kokemuksiin vuorovaikutustilanteissa. Tavoitteena oli tarkastella näitä vaikutuksia alku-, jälki-, sekä seurantamittauksen välillä ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta myös verrattuna kontrolliryhmään. Sosiaalisen toimintakyvyn muutosta tarkasteltiin vertaamalla mittauskertojen pistemääriä TLT-ryhmässä. Osallistujien kehollisia kokemuksia vuorovaikutustilanteissa tarkasteltiin luomalla teemaluokkia eri mittauskertojen kirjallisista vastauksista. Tutkittavat (N=109) olivat masennusdiagnoosin saaneita työikäisiä (18-64v., ka=39v.), joista enemmistö (96%) oli naisia. TLT-ryhmäläiset (n=52) osallistuivat tanssi-liiketerapia interventioon, joka hyödynsi integratiivista näkökulmaa masennuksen hoitoon ja sisälsi 20, 75-minuutin pituista kertaa. Ryhmien vetäjät olivat koulutettuja tanssi-liiketerapeutteja. Kontrolliryhmän (n=57) oli mahdollista osallistua interventioon TLT-ryhmän seurantajakson jälkeen. Molemmat ryhmät osallistuivat tutkimuksen aikana tavanomaiseen hoitoon. Sosiaalista toimintakykyä mitattiin CORE-OM -kyselyn toimintakyky –osa-alueella. Tulosten mukaan sosiaalinen toimintakyky lisääntyi interventoryhmässä alkumittauksesta kolmen kuukauden seurantamittaukseen verrattuna kontrolliryhmään, jossa muutosta ei havaittu. Kiintymystyyleissä ei havaittu muutosta mittauskertojen välillä TLT-ryhmässä. Tutkittavien kehollisia kokemuksia vuorovaikutustilanteissa tutkittiin aineistolähtöisesti. Kokemuksista muodostui seitsemän eri teemaluokkaa: myönteiset kokemukset, ahdistus, välttelevät reaktiot, fyysiset reaktiot, epävarmuus, ei erityistä sekä häpeä. Tutkimuksessa vältteleviin reaktioihin sekä epävarmuuteen liittyvät maininnat vähenivät alkumittauksesta seurantamittaukseen. Tutkimuksen perusteella ryhmämuotoista tanssi-liiketerapiaa voidaan pitää vaikuttavana kuntoutusmuotona masennuksen hoitoon, sen sosiaalista toimintakykyä lisäävän vaikutuksen kautta. Lisäksi tutkimus syvensi ymmärrystä vuorovaikutustilanteiden kehollisista kokemuksista. Tutkimus on aiempaa tutkimustietoa täydentävä ja auttaa erittelemään, mikä tanssi-liiketerapiassa auttaa masennusoireita vähentävästi.

Avainsanat: tanssi-liiketerapia, DMT, interventio, masennus, sosiaalinen vuorovaikutus, ryhmäinterventio, CORE-OM, kehonkuva, kiintymystyyli, toimintakyky

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ, The department of Psychology
POLLARI, ANNUKKA & VEID, NATALIA: The impact of group-based dance-movement therapy to social functioning, attachment styles and the bodily experiences in social situations
Master's thesis, 45pp.
Supervisor: Katriina Hyvönen
Psychology
May 2020

This study aimed to examine the effectiveness of group-based dance-movement therapy (DMT) in the treatment of depression through social functioning, attachment styles, and bodily experiences in social situations. The objective was to investigate whether the participants of dance-movement therapy showed change in pre-, post- and follow-up measurements and with social functioning also compared to the control group. The change in social functioning within and between the intervention group was investigated thought comparing results in different measurement points. The bodily experiences of the participants in social interaction was examined by creating theme categories of the written responses from different measurement points. The sample in this study (N=109) comprised of working-age individuals (18-64, mean 39) with diagnosed depression. The majority of the participants were women (96%). The members of the DMT participated in the dance-movement therapy intervention which included 20, 75-minutes long sessions. The group leaders were trained dance-movement therapists. The control group (n=57) had an opportunity to participate in the intervention after the follow-up measurement of the intervention group. During the examination, both groups participated in their regular treatment. The functioning section of the CORE-OM - questionnaire was used to measure the social functioning of the participants. According to the results, the social functioning increased in the intervention group from the pre-to follow-up measurement. There was no change in attachment styles in DMT groups between different measurement times. The bodily experiences in social situations were examined from the standpoint of grounded theory. Seven categories were formed of the experiences: positive experiences, anxiety, avoidant reactions, physical reactions, insecurity, nothing specific, and shame. The number of mentions of avoidant reactions and insecurity decreased from pre- to follow-up measurement. The study shows that group-based dance-movement therapy is effective in treating depression through its impact on increasing social functioning. In addition, the study deepened the understanding of bodily experiences in social situations. The study adds new information about the effectiveness of DMT to the current research information and helps to specify the factors that treat depression in dance-movement therapy.

Keywords: dance-movement therapy, DMT, intervention, depression, social interaction, group-based intervention, CORE-OM, body image, attachment style, social functioning

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
1.1 Tanssi-liiketerapia (TLT)	1
1.2 TLT masennuksen hoidossa	2
1.3 TLT, sosiaalinen toimintakyky ja sosiaalinen toimintakyky masennuksessa	4
1.4 Kiintymyssuhde, kiintymystyyli ja masennus	6
1.5 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	8
2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	9
2.1 Tutkittavat	10
2.2 Menetelmät ja muuttujat	12
2.2.1 Interventio	12
2.2.2 Käytetyt mittarit ja taustamuuttujat	12
2.3 Aineiston analyysi	14
3 TULOKSET	15
3.1 Kuvailevat tulokset	15
3.2 Muutokset sosiaalisessa toimintakyvyssä	16
3.3 Muutokset kehollisissa kokemuksissa	18
4 POHDINTA	24
4.1 Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen	24
4.2 Kehollisen kokemuksen muutos vuorovaikutustilanteessa	26
4.3 Sosiaalisen toimintakyvyn ja kehollisten kokemusten yhteys	28
4.4 TLT:n vaikutus kiintymystyyliin	29
4.5 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimustarve	29
4.6 Johtopäätökset	31
5 LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Tanssi-liiketerapialla (TLT) on saatu myönteisiä tuloksia masennuksen hoidossa (ks. esim. Karkou ym., 2019; Pylvänäinen, Muotka, Lappalainen, 2019), mutta tutkimusta ei ole kattavasti siitä, mikä tekee TLT:stä vaikuttavan intervention tässä yhteydessä. TLT ollessa usein ryhmämuotoista, sen sosiaalinen ulottuvuus nousee yhdeksi tärkeistä osa-alueista, jonka vaikutusta masennusoireisiin ei ole juuri tutkittu. Lisäksi masennuksen nähdään olevan yhteydessä alentuneeseen sosiaaliseen toimintakykyyn (Joiner & Timmons, 2009; Wai & Bond, 2004) sekä turvattomiin kiintymystyyleihin (Cummings & Cicchetti, 1990), joten näiden syvempi tarkastelu on mielekästä tutkittaessa masennuksen hoidon vaikuttavuutta. Tämä tutkimus tutkii tanssi-liiketerapian vaikutusta sosiaaliseen toimintakykyyn, kiintymystyyleihin sekä osallistujien kehollisiin kokemuksiin vuorovaikutustilanteissa. Tutkimus tarjoaa uutta tietoa, sillä TLT:n vaikuttavuutta masennuksen hoidossa ei ole aiemmin tutkittu sosiaalisen toimintakyvyn muutoksen näkökulmasta. Lisäksi, aiemmissa tutkimuksissa on havaittu tunteiden muille ilmaisemisen helpottuvan TLT:n myötä (Punkanen, 2014), ja todettu tämän olevan seurausta interventiossa tapahtuneesta kehotietoisuuden ja mieli-keho -yhteyden kehityksestä (Karkou ym., 2019). Näin ollen, voidaan ajatella TLT:ssä tärkeänä osana toimivan kehollisuuden ja kehollisten kokemusten liittyvän sosiaaliseen toimintakykyyn. Tässä tutkimuksessa sosiaalisen toimintakyvyn muutosprosessia tarkastellaan täten myös laadullisen tutkimuksen kautta, joka erittelee kehollista kokemusta vuorovaikutustilanteissa teemaluokkien avulla.

1.1 Tanssi-liiketerapia (TLT)

Tanssi-liiketerapia on luovien terapioiden ryhmään kuuluva psykoterapian muoto, joka perustuu liikkeeseen ja keholliseen ilmaisuun; erityisesti fyysisen liikkeen ja emotionin yhteyteen (Meekums, 2002; Suomen Tanssi-liiketerapiayhdistys, 2015). Terapeuttisessa liikeprosessissa keho toimii emotionaalisen ilmaisun välineenä (Meekums, 2002) ja yksilön tunteet sekä ajatukset voivat muuttua liikkuvan kehon kautta (Schmais, 1974). Tällöin myös kehon ilmaisu, tunteet sekä ajatukset muuttuvat (Schmais, 1974). TLT:ssä liike ja tanssi ovat keinoja, joiden avulla vahvistetaan voimavaroja, tunnistetaan ja käsitellään tunteita sekä tutkitaan vuorovaikutusta muiden kanssa

(Suomen Tanssi-liiketerapiayhdistys, 2015). Meekumsin (2002) mukaan, tanssi-liiketerapian menetelmät keskittyvät kehoon, asentoihin ja kehoon jumiin jääneen jännittyneisyyden huomioimiseen. Tämä jännittyneisyys voi vaikuttaa tunteita ja toimintaa estävästi. Hengittäminen ja kosketus toimivat suorina menetelminä kehon jännityksen vapauttamiseen (Meekums, 2002). Lisäksi liikkeen ja tanssin kautta osallistuja voi kehittää keho-mieli yhteyttä (The Standing Committee for the Arts Therapies Professions, 1989). Kehittämällä kykyä sanallistaa liike, osallistuja voi kokea tulevasa tasapainoisemmaksi sekä kykenevämmäksi sopeutumaan uusiin tilanteisiin (Payne, 2003).

Tanssin ja liikkeen terapeuttisuus koostuu paitsi sen fyysisestä ja emotionaalisesta myös sosiaalisesta ulottuvuudesta. Chaiklin ja Wengrower (2009) esittävät, että tanssin avulla osallistujan on mahdollista olla osana yhteisöä ja jakaa tämän kautta kokemuksensa muiden kanssa. Täten osallistuja saa hyväksyntää ja tukea muilta jäseniltä samalla tullessaan nähdyksi (Chaiklin & Wengrower, 2009). Paynen (2003) mukaan osallistujat jakavat henkilökohtaista symboliikkaa ja yhdessä tanssimisen kautta ihmisten välisistä suhteista tulee näkyviä. Tanssi-liiketerapeutti luo ympäristön, jossa tuntemukset on mahdollista ilmaista, tunnistaa ja kertoa turvallisesti. Tanssin rytmi voi myös yhdistää ryhmää yhtäaikaisten liikkeen ollessa kommunikaation välineenä. Kyky kommunikoida on ihmisen perustarve ja puheen ohella liike on toisenlainen ja suurempi tapa kommunikoida. Monien kohdalla sanattomat kommunikoinnin merkit voivat selventää ajatusta tai tunnetta paremmin kuin sanalliset. Onkin huomattu, että TLT:ssä tiedostamattomat tunteet saavuttavat ilmaisunsa ennemmin liikkeessä kuin sanallisesti. Liikkeen kautta tunteet tulevat tiedostetuiksi ja sanoitetuiksi (Payne, 2003).

Aiempien tutkimusten mukaan TLT:llä on todettu olevan positiivista vaikutusta masennuksen hoidon kannalta sekä suomalaisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa (Jeong ym., 2005; Karkou ym., 2019; Mala, Karkou, Meekums, 2012; Punkanen, Saarikallio, Luck, 2014; Pylvänäinen ym., 2015). Lisäksi TLT-intervention on tutkittu tuottavan myönteisiä tuloksia muun muassa autismin (Takashi, Matsushima, Kato, 2019), post-traumaattisen stressin (Langston, 2019) sekä traumojen (Colace, 2017; Lee, Ling, Chiang, Wu, 2013) oireiden hoidossa. Lisäksi TLT:n vaikuttavuudesta on saatu tuloksia lisääntyneen stressinhallinnan, stressin vähenemisen sekä elämänlaadun paranemisen osalta (Bräuninger, 2014). TLT:n on todettu lisäävän kehoon yhteydessä olemisen tunnetta, yksilön toimijuutta (Mills & Daniluk, 2002), luottamusta toisiin ihmisiin sekä tunneilmaisun vapautumista (Levaniemi & Maaskola, 2019).

1.2 TLT masennuksen hoidossa

Maaailmanlaajuisesti masennuksesta kärsii yli 120 miljoonaa ihmistä (WHO, 2010). Suomen väestön tasolla on arviolta 5% masennuksesta kärsiviä (Isometsä, 2007; Pirkola, Isometsä, Suvisaari, Aro, Joukamaa, Poikolainen, Koskinen, Aromaa & Lönnqvist, 2005). Wassermanin (2011) mukaan masennuksen oireisiin kuuluvat muun muassa alakuloisuus, kyvyttömyys kokea iloa, muutokset unessa sekä ruokahalussa, matala itsetunto, keskittymisongelmat, väsymys, toivottomuus ja ajatukset kuolemasta. Masennuksen kesto ja voimakkuus vaihtelevat ja ovat yhteydessä elämäntilanteisiin (Wasserman, 2011). Masennusta esiintyy usein kroonisten sairauksien, vammojen sekä alentuneen fyysisen toimintakyvyn ohella (McCusker ym., 2012). Masennukseen vaikuttaa tyypillisesti ikä, sukupuoli, terveydentila sekä siviilisääty (Alpert ym., 2009). Masentunut henkilö näkee usein itsensä omaa arvoa alentavasti ja negatiivisesti kyvyttömänä sekä suhtautuu omiin kykyihinsä kriittisesti (Swallow & Kuiper, 1988).

Suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu TLT:n olevan tehokas interventio masennuksen hoidossa (Hyvönen, Pylvänäinen, Muotka & Lappalainen, 2020; Punkanen ym., 2014; Pylvänäinen ym., 2015), mikä on havaittu myös tämän aineiston aikaisemmissa tutkimuksissa (Levaniemi & Maaskola, 2019). Samanlaisia tuloksia on löydetty myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Karkou, Aithal, Zubala & Meekums, 2019). TLT:n vaikuttavuuden taustalla masennuksen hoidossa voi olla osallistuminen tanssiin liikuntamuotona, koska liikunnan aikana välittäjäaineiden tuotanto lisääntyy (Jola & Carmeiro, 2017) ja lähes jokainen aivoalue on aktiivinen (Bläsing, 2017). Täten TLT:llä voidaan saavuttaa positiivisia muutoksia aivokemiallisella tasolla (Bläsing, 2017). Vaikuttavuutta voi selittää myös TLT:ssä käytetty peilaaminen, jonka avulla luodaan terapeutista suhdetta (Karkou ym., 2019). Hyvän terapeutin suhteen on havaittu olevan terapian tuloksellisuuden kannalta merkittävä tekijä (Ardito & Rabellino, 2011; Stamoulos ym., 2016). TLT:n tuloksellisuuden taustalla saattaa olla myös mielikuvituksen käyttö keinona, jonka avulla päästään käsiksi tiedostamattomiin, vaikeasti tavoitettaviin tai tabuina pidettyihin tunteisiin sekä ajatuksiin (Karkou ym., 2019). Tämän kautta voidaan tavoittaa masennuksen taustalla piileviä vaikeuksia ja näin hoidon vaikutukset voivat ylettyä pidemmälle ajalle myös hoidon jälkeen (Karkou & Sanderson, 2006; Meekums, 2002).

Lisäksi Pylvänäisen (2003) mukaan, TLT:ssä yhtenä keskeisenä tavoitteena on tukea, liikkeen ja kehollisen ilmaisun kautta, kehonkuvan muuttumista myönteisempään suuntaan. Kehonkuva tarkoittaa osallistujan käsitystä sekä uskomuksia omasta kehosta fyysisenä ilmentymänä, johon myös kulttuuri on kokemusten sekä ihanteiden kautta vaikuttanut. Kehonkuvan käsitteeseen kuuluvat kokemus itsestä kehollisena minänä sekä kehollinen muisti. Kehollinen minä on kokemusta itsestä kehollisena itsen ytimenä, joka kokee ja on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Kehomuisti sen sijaan on tietoisesta tahdosta riippumattomasti kehoon tallentuneita kokemuksia. Kehomuisti luo

lähtökohdat sille, miten kehollinen minä kokee (Pylvänäinen, 2003). Masentuneilla henkilöillä on todettu olevan todennäköisemmin kielteisempi kehonkuva kuin ei masentuneilla henkilöillä (Papadopoulous & Röhricht, 2013; Steven, Thomas, Barbara, 1985). Täten kehonkuvan muutos parempaan suuntaan voi toimia masennuksen hoidon taustalla vaikuttavana tekijänä (Pylvänäinen & Lappalainen, 2018).

Karkou ja muut (2019) esittävät, että kehonkuvan paranemisen lisäksi TLT:ssä on mahdollista löytää uusia yhteyksiä kehon ja mielen välillä ja saavuttaa niiden integraatio. Yhteyden muodostaminen on tärkeää ihmisille, jotka kärsivät masennuksesta, sillä he voivat kokea erillisyyttä tunteiden, ajatusten ja toiminnan välillä. Yhteyden saavuttaminen toimii täten tärkeänä komponenttina terapeuttiselle muutokselle (Karkou ym., 2019). Lisäksi kehotietoisuuden lisääntyminen auttaa tunnistamaan tunteiden ja kehon tuntemusten yhteyttä sekä täten tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitaan aiempaa paremmin (Punkanen, 2014). Tunnetaidot siis kehittyvät TLT:n vaikutuksesta ja myös tyytyväisyys elämään sekä turvallinen kiintymystyyli lisääntyvät (Punkanen, 2014). Esitämme, että TLT:n vaikuttavuus masennuksen hoidossa perustuu sosiaalisen toimintakyvyn paranemiseen, minkä taustalla vaikuttaa myönteiseen suuntaan muuttunut kehollinen kokemus vuorovaikutustilanteissa. Toisin sanoen yksilö tuntee olonsa turvallisemmaksi muiden ihmisten seurassa. TLT ottaa masennuksen hoidossa huomioon paitsi sisäisen keho-mieli -yhteyden kehittämisen, myös yksilön sosiaaliset suhteet muihin ihmisiin.

1.3 TLT, sosiaalinen toimintakyky ja sosiaalinen toimintakyky masennuksessa

Tanssin terapeuttisuus koostuu myös sen sosiaalisesta ulottuvuudesta (Chaiklin & Wengrower 2009) erityisesti, kun kyseessä on ryhmäinterventio. Varsinkin vaikeasta masennuksesta kärsivillä on löydetty perustavanlaatuisia häiriöitä sosiaalisessa toimintakyvyssä (Szanto, Dombrovski, Sahakian, Mulsant, Houck, Reynolds III ym., 2012). Sosiaalinen toimintakyky voidaan nähdä yksilön kykyinä olla vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (Bosck, 2002), kykyinä toimia ihmissuhteissa ja sosiaalisissa rooleissa (Addington, Young & Addington, 2003; Bosck, 2002) sekä kykyinä pitää itsestään huolta ja toimia työ- ja akateemisessa ympäristössä (Addington ym., 2003). Sosiaalinen toimintakyky perustuu sosiaalis-kognitiiviseen kykyyn luoda representaatioita itsen ja muiden välille ja kykyyn käyttää näitä representaatioita joustavasti sosiaalisen toiminnan ohjaamisessa (Adolphs, 2001).

Masennus aiheuttaa alentunutta osallistuvuutta sosiaalisiin toimiin, vähentynyttä sosiaalista tukiverkostoa, huonoja sosiaalisia taitoja, alentunutta kykyä puolustaa itseään, kyvyttömyyttä intiimeihin suhteisiin, epävarmuutta, jatkuvaa varmistelua ihmissuhteissa sekä yleistä kärsimistä ihmissuhteissa sen sijaan, että ne olisivat yksilölle voimavara (Joiner & Timmons, 2009). Lisäksi masennusta koetaan herkemmin, jos yksilöltä puuttuu sosiaalinen tuki ja masennukseen kuuluu myös yksilöiden vähentynyt hakeutuminen ihmissuhteisiin sekä niiden ylläpito (Coyne, 1976). Masennukseen usein liittyy vähemmän läheisyyttä toisten kanssa käydyssä kanssakäymisessä sekä vähentynyttä kontrollin tunnetta ihmisten kanssa käydyissä keskusteluissa (Neziek ym., 2000). Masentuneilla on todettu olevan tavallista aktivoituneemmat kielteiset skeemat (Beck, 1972) ja kielteisempi minäkuva (Wai & Bond, 2004), jotka vaikuttavat niin, että henkilö tulkitsee ympäristöstä saadun palautteen herkemmin kielteisesti (Swann, 1983). Lisäksi masentuneilla henkilöillä on taipumus tavallista korostuneempaan itsen tarkkailuun (Mor & Winquist, 2002) sekä omiin ajatuksiin jumiutumiseen (Ingram & Smith, 1984; Ingram ym., 1987). Näistä seuraa usein alentunut kognitiivinen kapasiteetti keskittyä, ottaa vastaan ympäristön viestejä ja vastata muiden tarpeisiin sosiaalisissa tilanteissa sekä suurempi todennäköisyys tulkita viestit kielteisesti, mikä alentaa henkilön sosiaalista toimintakykyä sekä aiheuttaa sosiaalisten tilanteiden välttelyä (Wai & Bond, 2004).

Sosiaalinen välttely, joka määritellään taipumukseksi pysyä poissa sosiaalista tilanteista (Goossens, 2014), kuuluu merkittävänä osana masennukseen (Trew, 2011). Sosiaalinen välttely voi johtaa sosiaalisten mahdollisuuksien vähenemiseen, jota puolestaan seuraa eristäytyminen (Joiner, 2000; Wai & Bond, 2004). Tämän seurauksena henkilön mahdollisuudet kehittää sosiaalisia kykyjään ja oppia toimimaan ihmissuhteissa ja käsittelemään niiden sisäisiä ongelmia kärsivät (Joiner, 2000; Joiner & Timmons, 2009; Trew 2011; Wai & Bond, 2004). Masennukseen voi liittyä sosiaalinen leimautuminen, joka puolestaan mahdollisesti rajoittaa sosiaalisten kykyjen kehittymistä (Roberts, 2016). Masentuneet henkilöt voivat hyötyä TLT:stä, sillä kehollisuus liittyy sosiaaliseen rooliin yhteisössä ja trauma sosiaalisesta eristämisestä koetaan myös kehossa (Cantrick, Anderson, Leighton & Warning, 2018; Roberts, 2016). Sosiaalisesti leimautuneet sekä yhteiskunnallisesti marginalisoidut eivät ehkä koe oloaan turvalliseksi kehossaan, eivät hyväksy itseään, tuntevat olevansa irrallaan kehostaan sekä joutuvat piilottamaan osan identiteetistään julkisesti (Roberts, 2016).

Luova tanssi voi vaikuttaa sosiaalisuuden kehitykseen mielikuvituksellisten leikkien ja yhteisöllistävien toimintojen kautta (Gilbert, 1992; Nahme-Huang, Singer, Singer, Wheaton, 1977). Tanssin rytmisyys yhdistettynä ryhmäasetelmaan voi auttaa kontaktien luomisessa muihin ryhmän osallistujiin (Chaiklin, 1975). TLT kehollisena terapiamuotona tarjoaa osallistujille mahdollisuuden oppia nonverbaalisesta ilmaisusta sekä tulla tietoisemmiksi omasta kehostaan ja saada takaisin

kokemusta kehollisesta itsehallinnasta sekä toimijuudesta (Cantrick ym., 2018; Hanna, 1988). Positiivinen käsitys itsestä lisääntyy (Hanna, 1988) ja TLT voi auttaa vähentämään sosiaaliseen eristämiseen liittyviä kielteisiä tuntemuksia, sillä se tarjoaa liikkeen kautta välineitä käsitellä sosiaalisen eristämisen kokemusta sekä ilmaista itseään muille kehotietoisuuden lisääntymisen kautta (Roberts, 2016).

Hannan (1988) mukaan, sosiaalisuus TLT:ssä on merkittävä osa sen tuloksellisuuden kannalta. Ryhmämuotoisen tanssiterapian parantava voima voi syntyä sosiaalisuuden ja yhdessä tapahtuvan liikkeen ja synkronian, yhteisöllisyyden sekä elinvoimaisuuden kokemuksen kautta (Hanna, 1988). Sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia ja yksilöiden välistä kommunikaatiota voidaan tarkastella myös kiintymyssuhteiden kautta (Weissman & Markowitz, 2002). Kiintymyssuhde voi toimia ennusteena masennusoireilulle (Cummings & Cicchetti, 1990) ja täten voidaan ajatella myös TLT:n vaikutuksen masennusoireiden vähenemiseen välittyvän mahdollisesti sosiaalisen toimintakyvyn muutoksen aikaansaaman kiintymystyyli muutoksen kautta.

1.4 Kiintymyssuhde, kiintymystyyli ja masennus

Lapsuudessa luotu kiintymyssuhde yksilön ja kiintymyksen kohteen välille luo pohjan aikuisiän kiintymystyylielle, jotka ohjaavat yksilön sosiaalista vuorovaikutusta (Bowlby, 1982). Kiintymyksen kohde, eli lapsen hoitaja, luo pohjan turvallisuuden tunteelle (Ainsworth, 1963). Laadulliset erot kiintymyskäyttäytymisessä johtuvat hoitajien erilaisesta reagoinnista lapsen tarpeeseen ja ovat muokattavia (Grossmann, 1995). Bowlbyn (1973) mukaan, kiintymyssuhde vaikuttaa siihen, miten lapsi muodostaa odotuksia itseään ja muita kohtaan sekä kokemuksesta itsestä suhteessa muihin. Näitä kutsutaan sisäisiksi toimintamalleiksi (Bowlby, 1973). Yksilöllisiä eroja kiintymyssuhteiden tyyliissä ja sisäisissä toimintamalleissa on löydetty lapsuudessa (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), nuoruudessa (Kobak & Sceery, 1988) sekä aikuisuudessa (Hazan & Shaver, 1987). Biologinen tarve kiintyä jatkuu läpi yksilön koko elämän ja täten jatkuu myös taipumus monitoroida ympärillä olevia tärkeitä ihmisiä sekä tarkkailla heidän saatavuuttaan ja reagointikykyä (Bowlby 1982).

Bartholomewin (1990) mukaan yksilön luoma malli itsestä ja muista voidaan yhdistää Bowlbyn (1982) teorian mukaan kuvaamaan aikuisten kiintymystyyliä. Nämä tyyli muodostuvat yksilön kokemuksesta itsestä ja muista, joita tarkkaillaan kielteisyyden sekä myönteisyyden, riippuvuuden sekä välttelyn elementtien kautta (Bartholomew, 1990). Bartholomewin ja Horowitzin (1991) mukaan kiintymystyyliä voidaan jakaa neljään erilaiseen, jotka ovat: turvallinen, takertuva,

pelokas ja välttelevä. Turvallinen kiintymystyyli pitää sisällään yksilön kokemuksen muista hyväksyvinä sekä vastaanottavina ja itse koetaan arvokkaana sekä oikeutettuna rakkauteen (Hazan ja Shaver, 1987; Main, Kaplan & Cassidy., 1985). Ambivalentti tai takertuva kiintymystyyli pitää sisällään itseään kohtaan koetun arvottomuuden ja muita kohtaan koetut positiiviset tunteet, jonka vuoksi yksilö voi hakea muilta hyväksyntää ja arvostusta (Hazan & Shaver, 1987; Main ym., 1985). Bartholomewin ja Horowitzin (1991) mukaan pelokkaan (pelokkaasti-välttävä) kiintymystyylin omaavalla on tunne siitä, että hän ei ole merkittävä eikä rakastettu ja tämä piirre yhdistyy odotukseen siitä, että hän tulkitsee muita negatiivisesti eli epäluotettavina ja torjuttavina. Välttämällä läheistä sitoutumista muihin tämä tyyli saa ihmiset suojelemaan itseään odotetulta torjutuksi tulemiselta. Välttelevässä kiintymystyyliissä yhdistyvät tunne omasta merkityksellisyydestä ja rakastetuksi tulemisesta sekä kielteinen suhtautuminen muita ihmisiä kohtaan. Tällaisen kiintymystyylin omaavat suojelevat itseään pettymyksiltä välttämällä läheisiä ihmissuhteita ja ylläpitämällä tunnetta itsenäisyydestä tai riippumattomuudesta ja haavoittumattomuudesta (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Masennuksen syntyä voi ennustaa turvaton kiintymyssuhde, jolle on ominaista kielteiset toimintamallit suhteessa itseen ja muihin (Cummings & Cicchetti, 1990). Takertuneesti kiintyneille on kehittynyt sisäinen kokemus turvattomuudesta ja epävarmasti kiintyneillä on stressaavissa tilanteissa vähemmän voimavaroja selviytyä ja he ovat herkempiä masennukselle (Cummings & Cicchetti, 1990). Turvattomasti kiintyneet yksilöt voivat tulkita kielteisesti sisäiset tapahtumat arvottomuutena sekä kyvyttömyytenä, joka voi johtaa masennusoireiluun (Blatt ym., 1979).

Kiintymystyyli tutkimuksessa on myös löydöksiä yhteydestä masennuksen sekä takertuvan ja jossain määrin pelokkaan kiintymyssuhteen välillä (Allen ym., 1998; Kobak ym., 1991; Murphy & Bates, 1997). Takertuva kiintymystyyli on yhdistetty myös masennuksen syntyyn (Priel & Shamai, 1995), kuten myös pelokas kiintymystyyli (Whiffen, Kallos-Lilly & MacDonald, 2001). Margolese ym., (2005) tutkivat, että kiintymystyyli suhteessa omaan äitiin sekä romanttiseen kumppaniin olivat yhteydessä läheisesti masennusriskiin. Masennuksen syntyä voitiin selittää syillä, joita yksilö luo vastauksena sisäiseen stressiin. Varsinkin nuorilla naisilla, joilla oli enemmän kielteisiä malleja itsestä sekä muista suhteessa omaan äitiinsä, olivat suuremmassa riskissä kehittää masennusoireita (Margolese, S.K., Markiewicz, D. & Doyle, A.B., 2005). Kognitiiviset tekijät, kuten kielteinen kuva itsestä, liitetään psyykkiseen huonovointisuuteen (Roberts, Gotlib & Kassel, 1996). Nämä eri tekijät voivat toimia kiintymystyyliä yhdistävänä, selittäen niiden vaikutusta masennusoireiluun (Cooley, Van Buran & Cole, 2010).

Turvattomia kiintymystyyliä voidaan käyttää ennustamaan yksilön alttiutta masennusoireiluun tai selittämään oireiden taustaa (Cooley, Van Buran & Cole, 2010). Punkasen ja

muiden (2014) mukaan, TLT vaikutti turvallista kiintymyssuhdetta lisäävänä. On mahdollista, että jaettu luova sekä positiivinen kehollinen kokemus TLT ryhmässä vahvistavat turvallista kiintymystyyliä, mikä puolestaan vaikuttaa masennuksen ja ahdistuksen vähenemiseen (Punkanen ym., 2014). Kiintymyssuhteiden vaikutus voidaankin TLT:ssä, niin kuin terapiassa yleensäkin, ottaa huomioon tarkastelemalla yksilön ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja rooleissa ja yrittäen parantaa ihmisten välistä kommunikaatiota (Weissman & Markowitz, 2002). Täten esitämme, että TLT:n vaikuttavuuden taustalla masennuksen hoidossa voi olla sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen. Tämä voi johtua muuttuneesta kehollisesta kokemuksesta vuorovaikutustilanteissa, jolloin yksilö tuntee olonsa turvallisemmaksi muiden ihmisten seurassa.

1.5 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tutkittiin, miten TLT vaikuttaa sosiaaliseen toimintakykyyn CORE-OM mittarilla mitattuna alku (T1) ja jälkimittauksen (T2) välillä sekä kolmen kuukauden seurantajakson (T3) jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. Kiintymystyylin muutosta tarkasteltiin eri mittauskertojen välillä. Lisäksi laadullisissa analyysissä tarkasteltiin kehonkuvakyselyn kautta, muuttuuko osallistujien kehollinen kokemus itsestä vuorovaikutustilanteissa alku (T1), -jälki (T2) sekä kolmen kuukauden seurantajaksonmittauksen (T3) välillä. Lopuksi tutkittiin, ovatko osallistujien itsesanoittamat muutokset yhteneviä määrällisten tulosten kanssa. Tutkimus tuo esiin uutta tietoa TLT:n vaikuttavuudesta, sillä kontrolloiduilla ja satunnaistetuilla tutkimusasetelmalla on tehty vain vähän tutkimusta. Lisäksi tutkittavia on enemmän kuin aiemmissa satunnaistetuissa tutkimuksissa. Myös laadullisen ja määrällisen analyysin yhdistäminen tarjoaa laajempaa ymmärrystä sosiaalisen toimintakyvyn muutoksen prosesseista TLT:ssä.

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu TLT:n lisäävän sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunnetta (Cantrick ym., 2018; Hanna, 1988), luottamusta toisiin ihmisiin (Levaniemi & Maaskola, 2019), kykyä ilmaista itseään (Roberts, 2016), keho-mieli -yhteyttä (Karkou ym., 2019), tunnetaitoja sekä turvallista kiintymyssuhdetta (Punkanen ym., 2014). On myös tutkittu, että turvattomilla kiintymystyyliellä on yhteyttä masennusoireiluun (Allen ym., 1998; Kobak ym., 1991; Murphy ja Bates, 1997; Priel ja Shamai, 1995; Whiffen, Kallos-Lilly & MacDonald, 2001). Täten esitämme, että TLT on vaikuttava hoito masennukseen, sillä se parantaa sosiaalista toimintakykyä ja vaikuttaa edistäen turvallisen kiintymystyylin kehittymistä. Hypoteesimme on, että TLT:n vaikutuksesta sosiaalinen toimintakyky paranee ja täten vaikuttaa turvallisemman kiintymystyylin kehittymiseen.

Lisäksi oletamme, että nämä muutokset näkyvät osallistujien sanallistetuissa kokemuksissa kehostaan vuorovaikutustilanteissa.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimushankkeen tavoitteena oli selvittää tanssi- ja liiketerapian (TLT) käyttömahdollisuuksia masennuksen hoidossa työikäisten asiakkaiden kuntoutuksessa. Tutkimushanke on KELA:n rahoittama ja Jyväskylän Yliopiston psykologian laitoksen toteuttama. Tämä tutkimus oli satunnaistettu ja kontrolloitu. Tutkimus toteutettiin pääkaupunkiseudulla, Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Keski-Suomessa, Pohjois-Karjalassa, Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa sekä Pohjanmaalla. Isommissa kaupungeissa tutkittavat satunnaistettiin tanssi-liiketerapiaryhmään sekä kontrolliryhmään (pääkaupunkiseudulla, Tampereella, Jyväskylässä ja Joensuussa). Tutkimukseen osallistui yhteensä 157 henkilöä. Satunnaistetut ryhmät (n=109) alkoivat Helsingissä, Espoossa, Joensuussa, Tampereella sekä Jyväskylässä. Ei satunnaistetut ryhmät (n=43) alkoivat Järvenpäässä, Lappeenrannassa, Kouvolassa, Seinäjoella, Vaasassa ja Sastamalassa. Työkyvyttömyyseläkkeellä oleville järjestettiin myös oma ryhmänsä (n=5). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin pelkästään satunnaistettuja ryhmiä (n=109).

Syksyllä 2017 alkaneisiin TLT-ryhmiin tutkittavat satunnaistettiin SPSS-ohjelman avulla. Pienen osallistujamäärän takia pienimmissä kaupungeissa ei satunnaistamista pystytty suorittamaan. Kontrolliryhmällä oli myös mahdollisuus osallistua tanssi-liiketerapiaan interventoryhmän seurantajakson päättymisen jälkeen keväällä 2018. Rekrytointi tutkimukseen tapahtui kaupunkien ja kuntien mielenterveystoimijoiden avulla. Yhteistyötahoina toimivat muun muassa ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS), yksityisten lääkäriasemien psykiatrit, perusterveyshuollon mielenterveystyöparit sekä kaupunkien psykiatrian poliklinikat.

Tutkimuksesta kiinnostuneet henkilöt ottivat yhteyttä tutkijoihin puhelimitse tai sähköpostin kautta kevään ja kesän 2017 aikana. Yhteydenotossa sovittiin seulontahaastattelun toteuttamisesta, jonka tarkoituksena oli tarkistaa henkilön edellytykset osallistua tutkimukseen. Edellytyksinä olivat diagnosoitu masennus, vähintään kolme kuukautta kestänyt alkuvaiheen selvittely ja hoitajakso ennen intervention alkamista, sairaudesta aiheutuva uhka osallistujan työ- ja opiskelukyvylle sekä kirjattu tavoite hoitotahon osalta, joka tukee intervention mahdollisuutta palauttaa realistisesti osallistujan työkykyä.

Tutkimukseen osallistumisen esteenä olivat alttius itsemurhalle, psykoottisuudelle tai vakaville päihdeongelmille. Lisäksi tutkimuksesta poissuljettiin henkilöt, joilla oli jokapäiväistä elämää haittaava kipuongelma sekä odottavat äidit. Kun edellytykset oli tarkastettu, osallistujat saivat luettavakseen tutkimustiedotteen ja tutkimussuostumuksen allekirjoitettavaksi. Tämän jälkeen suoritettiin TLT- ja kontrolliryhmiin satunnaistaminen sekä ryhmien kokoaminen. Toinen vaihe, eli itse interventiotutkimus toteutettiin 2017-2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon tutkimukselle (Dnro 8U/2016).

Alkumittauksessa (n=109, 100%) tutkittavat täyttivät hyvinvointia ja oireita kartoittavan kyselyn ennen intervention alkua, kehonkuvakyselyn sekä kiintymyssuhdekyselyn. Jälkimittaus suoritettiin välittömästi ryhmän loppumisen jälkeen (n=92, 84%) ja seurantamittaus kolmen kuukauden kuluttua intervention päättymisestä (n=77, 71%). Katoanalyysissa vertailtiin pelkkään alkumittaukseen vastanneita alku- ja jälkimittaukseen vastanneisiin sekä kaikissa mittauspisteissä vastanneita niihin alkumittaukseen vastanneisiin, joilta puuttui vastaus jossain myöhemmässä mittauspisteessä. Littlen MCAR -testi osoitti, että puuttuva tieto oli luonteeltaan satunnaista, $\chi^2(21) = 12.884, p = .913$. Sosiaalisen toimintakyvyn ja kehollisten kokemusten vastausten osalta, puuttuvan tiedon yhteyttä ikään tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testillä sekä lääkitykseen ja koulutukseen ristiintaulukoimalla. Vastaamatta jättäneiden ja vastanneiden osallistujien välillä ei ollut eroja tarkasteltavan muuttujan tai taustamuuttujien suhteen muuten kuin kehollisten kokemusten ja koulutuksen välillä. Osallistujat, joilla oli keskiasteen koulutus, olivat yliedustettuina niissä, jotka jättivät vastaamatta johonkin mittauskertaan (47,1% / 22,9%). Korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat taasen yliedustettuina heistä, jotka vastasivat kaikkiin (28,6% / 5,9%).

2.1 Tutkittavat

Tämän tutkimuksen aineisto koostui satunnaistetun interventioryhmän (n=52) sekä satunnaistetun kontrolliryhmän osallistujista (n=57). Interventioon osallistuvat jatkoivat muuta hoitoa TLT:n ohella. Taustatietoja tutkittavista on esitetty taulukossa 1. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat tavanomaista hoitoa, mutta heillä oli myös mahdollisuus osallistua TLT-interventioon keväällä 2018, jolloin interventioryhmän seuranta-aika oli ohi. Tavanomainen hoito oli luonteeltaan osallistumista hoidolliseen ryhmään viikoittain (8%) tai keskustelukäyntejä 1-2 viikon välein (31%), 3-4 viikon välein (37%) tai 5 viikon välein tai harvemmin (19%).

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat tutkimusryhmittäin

Tutkimusryhmät	TLT-ryhmä (n=52)	Kontrolli (n=57)	Yhteensä (n=109)
Sukupuoli (%)			
nainen/mies	98.1/1.9	94.7/5.3	96.3/3.7
Ikä (vuosina)			
keski-ikä	41.8	36.5	39.0
min	18	18	18.0
max	63	64	64
Koulutus (%)			
peruskoulut vastaava	tai 7.7	5.3	6.4
keskiasteen koulutus	30.8	36.8	33.9
ammatillinen aikuiskoulutus	11.5	10.5	11.0
alempi korkeakoulututkinto	26.9	22.8	24.8
ylempi korkeakoulututkinto	21.2	17.5	19.3
Muu ¹	1.9	7.0	4.6
Lääkitys (%)			
kyllä/ei	65.4/34.6	47.4/52.6	56.0/44.0

¹(esim. tohtori, kaksoistutkinto, koulutus kesken)

Syys-lokakuussa 2017 (T1) viikkoa ennen ryhmien alkua osallistujat vastasivat alkukyselyyn. Marras-joulukuussa 2017 (T2) suoritettiin jälkimittaukset suoraan ryhmän päättymisen jälkeen. Helmi-maaliskuussa 2018 (T3), kolmen kuukauden päästä ryhmän päättymisestä osallistujille suoritettiin seurantamittaus.

2.2 Menetelmät ja muuttujat

2.2.1 Interventio

Tanssi-liiketerapiaryhmät, joihin tutkittavat osallistuivat, järjestettiin syksyllä 2017 ja keväällä 2018 (kontrolliryhmän interventiojakso) kaksi kertaa viikossa kymmenen viikon ajan. Terapiajakso sisälsi 20 kertaa, joiden pituus oli 75-minuuttia. Ryhmien osallistujat vaihtelivat 4-10 henkilön välillä. Ryhmien vetäjät olivat koulutettuja tanssi-liiketerapeutteja. Heidän pohjakoulutuksensa vaihteli. Kaikki terapeutit osallistuivat 12 päivän mittaiseen interventiokoulutukseen ennen ryhmien alkua. Ryhmien aikana terapeutit osallistuivat myös työnohjaukseen.

Interventio suunniteltiin hyödyntäen integraatiivista näkökulmaa masennuksen hoitoon. Teoriat, joita interventiossa hyödynnettiin ovat lähtöisin psykodynaamisesta, kognitiivisesta ja ratkaisukeskeisestä psykoterapiasta sekä traumaterapiasta, objektisuhdeteoriasta, kiintymyssuhdeteoriasta, interpersonallisesta teoriasta ja relationaalis-kulttuurisesta teoriasta. Interventiossa käytettyjä tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä olivat tanssi- ja liikeimprovisaatiot, kehotietoisuusharjoitukset sekä reflektointi kuvallisen ja kirjallisen itseilmaisun sekä keskustelun kautta.

Ryhmätapaamiset koostuivat alkuorientaatiosta, teemallisesta työskentelystä ja yhteenvedosta. Intervention teemoja olivat ruumiin rajojen hahmottaminen, somaattiset resurssit, symbolit, miellyttävät ja epämiellyttävät tuntemukset, mindfulness ja kehotietoisuus, rikastuttavat liikekokemukset, turvallisuus ja kosketus. Näitä teemoja tarkasteltiin ruumiin, tanssin ja liikkeen kautta. Myös osallistujien itse ehdottamia aiheita työstettiin. Tapaamiset päättyivät yhteiseen keskusteluun ja liikkeeseen. Ennen keskustelua saatettiin käyttää piirtämistä tai maalaamista tukemaan liikekokemusten käsittelyä. Joissain harjoituksissa tukena oli myös musiikki tai erilaiset apuvälineet, esimerkiksi pallot ja kankaat.

2.2.2 Käytetyt mittarit ja taustamuuttujat

CORE-OM -mittari on itsearviointimenetelmä, jonka tarkoituksena on selvittää yksilön psyykkisen toimintakyvyn eri ulottuvuuksia (Ilveskoski, Lahtela, Pylvänäinen, Salin-Kares & Viitasaari, 2012.) Mittari sisältää 34 väittämää, joihin vastataan asteikolla 0 (*ei lainkaan*) - 4 (*enimmäkseen tai koko*

ajan) (Barkham ym., 2005; Connell ym., 2007) ja vastaukset suhteutetaan edeltäneeseen viikkoon (Grey & MellorClark, 2007). Tutkimus CORE-OM -mittarin soveltuvuudesta suomeksi käännettynä puoltaa mittarin toimivuutta mittaamaan psyykkistä hyvinvointia (Juntunen, Piiparinen, Honkalampi, Inkinen & Laitila, 2015).

Mittari jakaantuu neljään eri psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat: henkilökohtainen hyvinvointi, psyykkinen oireilu ja ongelmat, toimintakyky sekä riskitekijät. Henkilökohtaista hyvinvointia kartoitetaan neljällä eri väittämällä itseään kohtaan koetuista tunteista ja positiivisista tulevaisuuden näkymistä. Psyykkinen oireilu ja ongelmat -osa-alue mittaa 12 kysymyksen kautta masennusta, ahdistusta, fyysisiä ongelmia ja traumaattista oireilua. Toimintakyky-osa-alue mittaa 12 kysymyksen kautta päivittäistä arjessa selviytymistä ja sosiaalisia suhteista. Riskitekijät-osa-alue mittaa kuuden kysymyksen kautta riskikäyttäytymistä suhteessa itsen ja toisiin (Connell ym.,2007). Kyselystä saatu tulos voi vaihdella 0-40 pisteen välillä (Leach ym., 2006). Mitä suurempi pistemäärä, sitä enemmän ongelmia vastaajalla on kyseisellä osa-alueella (Barkham ym., 2005; Evans ym., 2002). CORE-OM -lomakkeen kysymyksistä puolet kartoittaa lievempää oireilua ja puolet vakavampaa (Barkham ym., 2005). Tutkimuksessamme keskitymme ainoastaan toimintakyky-osa-alueeseen. Toimintakyky-osa-alueen eri mittauskerroista muodostettiin keskiarvomuuttujat. Toimintakyvyn Chronbach:in alphas olivat .800 (alku), .890 (jälki) ja .890 (seuranta).

Relationship Questionnaire (RSQ) -mittarilla kuvataan, Bartholomewin ja Horowitzin (1991) mukaan, kiintymyksen turvallisuutta. Kiintymystyyli mittari sisältää neljä osiota, jotka jokainen kuvaavat tyypillistä kiintymystyylikäyttäytymistä läheisissä aikuisiän suhteissa. Ensin kyselyssä valitaan neljästä kiintymystyylikuvauksesta parhaiten itseä kuvaava, jonka jälkeen jokainen kiintymystyylikuvaus pisteytetään asteikolla 1 (*ei pidä ollenkaan paikkaansa*) -7 (*pitää vahvasti paikkaansa*). Vastaus voi olla esimerkiksi: turvallinen 6, pelokas 2, takertuva 1, välttelevä 4. Tästä saadaan profiili, jonka mukaan voidaan arvioida yksilön kiintymystyyliä (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991). Tutkimuksessamme tarkastelemme vain likert-asteikollisia vastauksia, ei kokonaisprofiilia.

RSQ- kyselystä tehdyn validaatiotutkimuksen mukaan, RSQ-kyselyllä on hyvät psykometriset ominaisuudet, kun otetaan huomioon faktorianalyysi, reliabiliteetti testin uusinnalla lyhyellä aikaa sekä sisäinen johdonmukaisuus (Guédény, Fermanian & Bifulco, 2010).

Kehonkuvakysely koostuu 7 avoimesta kysymyksestä, joiden avulla pyritään kartoittamaan vastaajan kokemusta omasta kehostaan suhteessa fyysisyyteen, sosiaalisen vuorovaikutukseen, olemukseen, muistoihin ja perustunnelmaan (Pylvänäinen & Lappalainen, 2018). Tarkastelemme

tutkimuksessamme ainoastaan kysymystä: *“Miten kehossasi tyypillisesti koet sen, kun olet arkisissa vuorovaikutustilanteissa toisten kanssa?”*.

Taustamuuttujina tarkastelimme ikää, koulutusta ja lääkitystä, sillä näiden muuttujien on havaittu aiemmissa tutkimuksissa olevan yhteydessä masennusta tai psyykkisiä oireita kartoittavien mittareiden tuloksiin (Bjelland ym., 2006; Jeong ym., 2005; Pylvänäinen, Muotka, Lappalainen, 2015).

2.3 Aineiston analyysi

Analyysin tekoon käytettiin IBM SPSS Statistics 25.0 -ohjelmaa. Ensiksi aineistosta tarkasteltiin jakaumia ja frekvenssejä. Muuttujien jakaumien normalisuus tarkastettiin silmämääräisesti histogrammeista. Muuttujat olivat tarpeeksi normaalisti jakautuneita, joten parametriset testit pystyttiin suorittamaan kaikille muuttujille. Keskiarvomuuttujat muodostettiin CORE-OM -kyselyn toimintakyky-osa-alueeseen kuuluvista kysymyksistä alku-, jälki- sekä 3kk seurantamittauksen osalta. TLT- ja kontrolliryhmän välistä eroa lähtötilanteessa mitattiin riippumattomien otosten t-testillä. Sosiaalisen toimintakyvyn ja kiintymystyylin muutosta analysoitiin erillisillä toistomittausten varianssianalyysillä (MANOVA). Riippuvana muuttujana oli toimintakyvyn keskiarvosummamuuttuja tai kiintymystyylin kysymykset kolmessa mittauskohdassa. Riippumattomina muuttujina olivat mittauskerta (alku, jälki ja seuranta), tutkimusryhmät (1 = TLT-ryhmä, 2 = kontrolliryhmä) ja lääkitys (1=eikä, 2=kyllä).

Kehollisen kokemuksen muutosta tarkasteltiin syksyn 2017 TLT-interventioon osallistuneiden kehonkuvakyselyn sosiaalisen vuorovaikutuksen kokemuksia kartoittavan kysymyksen vastauksista alku- (n=50), jälki- (n=42) sekä 3kk seurantakerralla (n=36). Sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti. Aluksi aineisto teemoiteltiin siten, että jokaisen vastauksen kävi läpi kaksi henkilöä itsenäisesti. Tämän jälkeen esiin nousseista teemoista keskusteltiin yhdessä. Tässä vaiheessa teemoja hahmottui neljä, jotka muodostuivat häpeän, ahdistuksen, ei erityisten ja myönteisten kokemusten ympärille. Tämän jälkeen tarkasteltiin jokaiseen luokkaan kuuluvia vastauksia tarkemmin vastaukset uudelleen ristiin teemoitellen ja päädyttiin lisäämään luokkia. Myönteisiä ja ei erityisiä kokemuksia ilmeni suhteessa selvästi vähemmän verrattuna kielteisiin kokemuksiin (häpeä ja ahdistus), joita kuvattiin aineistossa useampia erilaisia. Jotta kielteiset kokemukset tarkentuisivat sekä saavutettaisiin todenmukainen kuva aineistosta, luokiteltiin kielteiset (ahdistus, välttelevät reaktiot, epävarmuus, fyysiset reaktiot ja häpeä)

kokemukset useamman kuvatun erisävyisen kielteisen kokemuksen mukaan. Lopullisiksi luokiksi valikoitui usean läpikäynnin sekä luokkien yhteen liittämisen jälkeen: 1) ahdistus, 2) välttelevät reaktiot, 3) myönteiset kokemukset, 4) fyysiset reaktiot, 5) epävarmuus, 6) häpeä sekä 7) ei erityistä huomiota. Nämä luokat sisälsivät useita alaluokkia. Luokkien välillä oli päällekkäisyyttä, mikä teki luokkien selkeän rajauksen haastavaksi.

Laskimme tälle erikseen tekemillemme luokittelulle Krippendorffin alpha-kertoimen. Saimme luokille seuraavat reliabiliteetit (alku-, jälki-, seurantamittaus): ahdistus .84, .95, .94; välttelevät reaktiot .84, 1.0, 1.0; myönteiset kokemukset .88, 1.0, 1.0; fyysiset reaktiot .80, .87, .87; epävarmuus .90, .84, 1.0; ei erityistä huomiota .84, .84, .85; häpeä 1.0, 1.0, .87. Saavutimme kaikkien luokkien ja mittausajankohtien kohdalla hyvän reliabiliteetin, jonka raja on yleensä Krippendorffin alpha-kertoimella mitattuna noin .80 (de Swert, 2012).

3 TULOKSET

3.1 Kuvailevat tulokset

Sosiaalisen toimintakyvyn ja taustamuuttujien yhteydet on esitetty taulukossa 2. Taustamuuttujista ainoastaan masennuslääkityksen käyttö oli yhteydessä parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn ensimmäisessä mittauksessa sekä toisessa mittauksessa tarkasteltaessa kaikkia tutkittavia. Kiintymystyyliä ja taustamuuttujat eivät olleet yhteydessä toisiinsa. TLT-ryhmällä ei ollut merkitsevää päävaikutusta kiintymystyylien muutokseen, joten se jätettiin pois jatkotarkastelusta. Turvallinen: ($F=(2.146)=.091$, $p=.913$), pelokas: ($F=(2.146)=.013$, $p=.987$), takertuva: ($F=(2.146)=.159$, $p=.853$), välttelevä: ($F=(2.146)=1.943$, $p=.147$).

TAULUKKO 2. Tutkittavien muuttujien ja taustamuuttujien väliset korrelaatiot interventio- ja kontrolliryhmässä

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5 ² .	6.
Tutkittavat muuttujat						
Sosiaalinen						

toimintakyky

1. T1		
2. T2	.633***	
3. T3	.561***	.793***

Taustamuuttujat

4. Lääkitys ¹	-.389***	-.253*	-.163		
5. Ikä ²	-.002	-.127	-.089	.189*	
6. Koulutus	.053	.043	-.025	.120	.327**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (T1 = alkumittaus, T2 = jälkimittaus, T3 = 3kk seuranta), ¹(1 = Ei lääkitystä, 2 = Lääkitys), ²(Pearsonin korrelaatiokertoimen mukaan)

3.2 Muutokset sosiaalisessa toimintakyvyssä

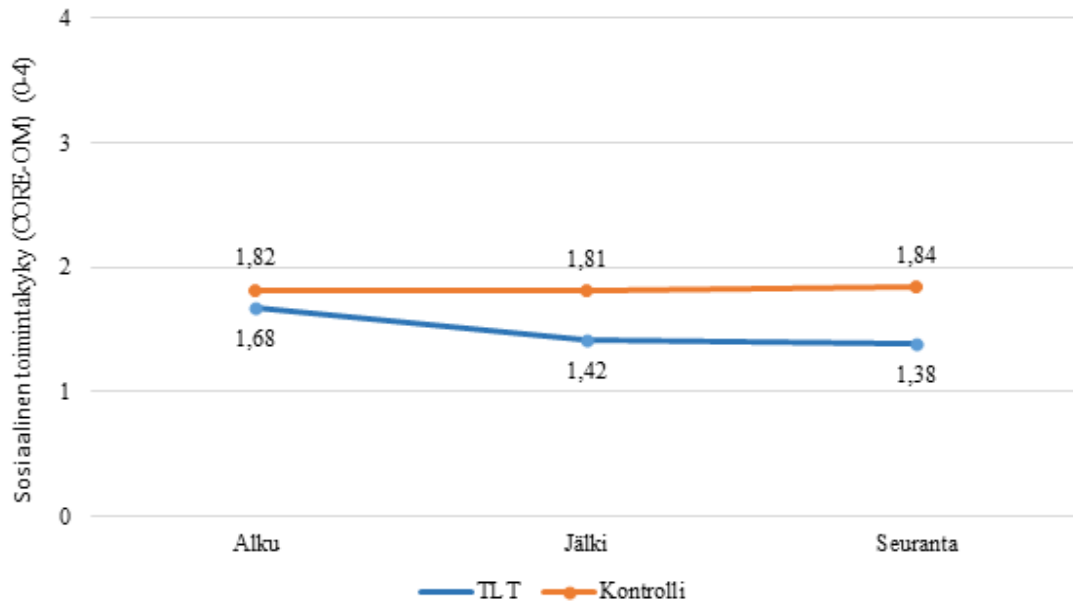
TLT- ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu eroa lähtötilanteessa sosiaalisen toimintakyvyn suhteen ($t(107) = -.596, p = .553$). TLT- ja kontrolliryhmän keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 3. Lääkityksen yhteys sosiaalisen toimintakyvyn muutokseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($F(2,144) = 2.847, p = .061$) ryhmiä tarkasteltaessa erikseen, joten se jätettiin pois jatkotarkastelusta. TLT-ryhmän ja kontrolliryhmän välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero sosiaalisen toimintakyvyn muutoksessa ($F(2,146) = 3,622, p < .05$). Ryhmien väliset erot on kuvattu kuviossa 1.

TAULUKKO 3. Ryhmien CORE-OM -kyselyn pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat

Ryhmä	Alkumittaus		Jälkimittaus		Seurantamittaus	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh
TLT-ryhmä (n=52)	1.6757	0.61	1.4234	0.81	1.3784	0.77
Kontrolliryhmä (n=57)	1.8202	0.54	1.8144	0.58	1.8421	0.59

** $p < .01$, 1 (T1 = alkumittaus, T2 = jälkimittaus, T3 = seurantamittaus)

KUVIO 1. Sosiaalisen toimintakyvyn muutos mittauskertojen välillä TLT- ja kontrolliryhmässä



Ajalla ja tutkimusryhmällä havaittiin yhdysvaikutus siten, että TLT-ryhmässä sosiaalinen toimintakyky kasvoi tilastollisesti merkitsevästi, kun taas kontrolliryhmässä se pysyi ennallaan (ks. Kuvio 1). Tarkastellessa ryhmien välisiä eroja eri mittauspisteissä, havaittiin alku- ja seurantamittauksen (T1-T3) välillä merkitsevä ero sosiaalisen toimintakyvyn muutoksessa interventio- ja kontrolliryhmää verrattaessa (ks. taulukko 4). Lisäksi interventiota saaneiden ja kontrolliryhmän välillä oli suuntaa antavasti eroa alku- ja jälkimittauksen (T1-T2) välisessä muutoksessa.

TAULUKKO 4. Ryhmien väliset erot sosiaalisessa toimintakyvyssä mittauskertojen välillä

Mittausväli	F-arvot	Efektikoko ¹ (η_p^2) (=partial eta squared)
T1-T3	F(1.73)=5.679*	.072
T1-T2	F(1.73) = 3.898 ^o	.051
T2-T3	F(1.73)=0.412	

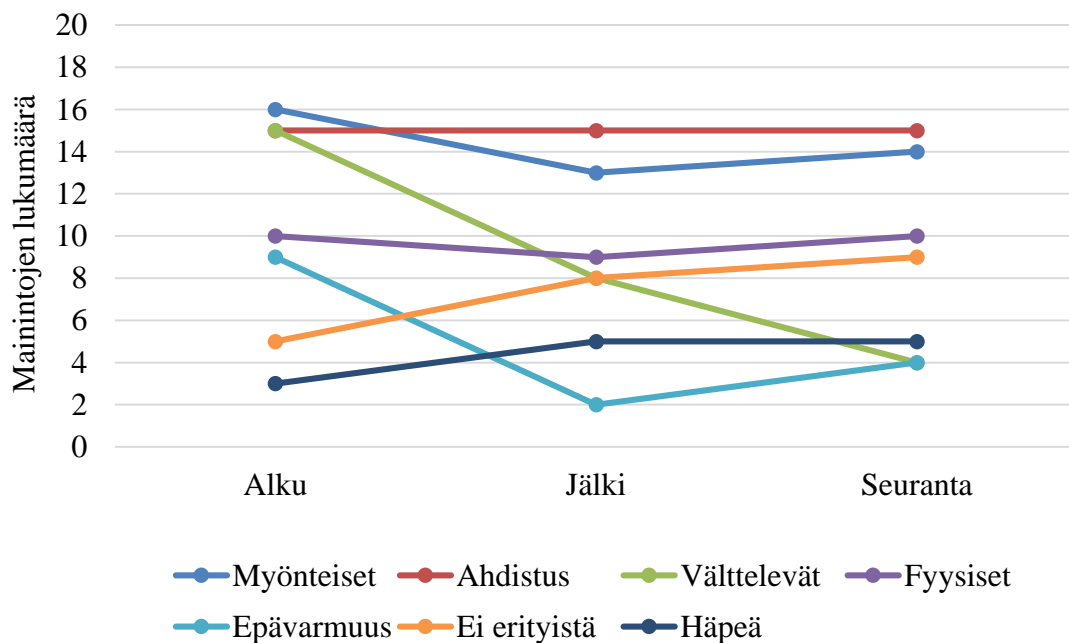
huom. *: $p < .05$, ^o: $p = .052$, ¹efektikoon skaala: pieni= 0.01 , keskisuuri= 0.06, suuri= 0.14 (Cohen, 1988; Richardson, 2011)

TLT-ryhmän sisäinen muutos sosiaalisessa toimintakyvyssä oli merkitsevä ($F(2,144)=4.813$, $p<.01$). Merkitsevä muutos näkyi sosiaalisessa toimintakyvyssä alku- ja jälkimittauksen välillä ($F(1,72)=4.344$, $p<.05$) sekä alku- ja seurantamittauksen välillä ($F(1,72)=8.068$, $p<.01$).

3.3 Muutokset kehollisissa kokemuksissa

Osallistujat kuvasivat vuorovaikutustilanteissa eniten myönteisiä kokemuksia, mutta niiden määrä pysyi samana eri mittauskerroilla. Kielteisistä kokemuksista välttelevät reaktiot sekä epävarmuuden kokemus laskivat. Ei erityistä nousi jälkimittaukseen ja pysyi seurantamittauksessa samana. Fyysiset reaktiot, häpeä ja ahdistus pysyivät suunnilleen samana eri mittauskertojen välillä. Häpeää mainittiin vähiten verrattuna muihin teemaluokkiin. Kaikkien teemaluokkien frekvenssit eri mittauskerroilla on esitetty kuviossa 2 ja tarkemmat sisällölliset avainsanat taulukossa 5.

KUVIO 2. Kokemusten lukumäärät, niiden osalta, jotka olivat vastanneet kysymykseen jokaisessa aikapisteessä (n=33)



TAULUKKO 5. Kokemusten teemaluokat ja avainsanat

Kokemusten teemaluokat (n=alku, jälki ja seuranta)	Avainsanat
1. Myönteiset kokemukset (n=16,13,14)	Voimaantuminen kohtaamisissa, rento olo tuttujen kanssa, helpottunut olo, sosiaalisessa mediassa helpompi, mielellään muiden kanssa, avautunut olo kehossa, kokemus kehosta viehättävänä, energisoiva, rentous, flirtti, avoimuus, positiivinen, rauhallinen, mukava, hyvä tunne, lämpö ja läheisyys
2. Ahdistus (n=15,15,15)	Jännittyneisyys, hermostuneisuus, paniikki, uupuminen, väsymys, raskaus, levottomuus, jumiutunut tila, vaivaantuminen, stressi, korostunut kehotietoisuus, negatiivisuus, epämukavuus
3. Välttelevät reaktiot (n=15,8,4)	Oman tilan tarve, halu ottaa etäisyyttä muihin, vetäytyminen, pakeneminen, välttely, pelko fyysisestä läheisyydestä, pelko kohtaamisesta, pieneksi itsensä kokeminen, itsen pienentäminen, kasaan meno, käpertyminen, halu piiloutua, pelko nähdyksi tulemisesta, tarve suojautua, häpeän peittäminen, tarve olla näkymätön, oman tilan tarve, kauemmas meno, fyysiset teot, pelko, että muut huomaavat, vaatteilla kehon piilottaminen
4. Fyysiset reaktiot (n=10,9,10)	Fyysiset reaktiot kehossa, mahakipu, pahoinvointi, punastuminen, rinnan puristus, hengenahdistus, niska-hartiaseudun jännittäminen, päänsärky, kireys, jäykkyyks
5. Epävarmuus (n=9,2,4)	Ulkopuolisuuden tunne, negatiivinen vertailu muihin, muut parempia kuin itse, viallisuus, pelko mitä muut ajattelevat, avuttomuus, vaikeus luoda suhteita, huonommuuden tunne, peilaaminen, kömpelyys, ujous, varuillaan olo
6. Ei erityistä huomiota (n=5,8,9)	Ei huomioi tai ajattele kehon tuntemuksia, neutraali, normaali
7. Häpeä (n=3,5,5,)	Häpeä, nolostuminen, häpeä ulkoisesta olemuksesta

Myönteisillä kokemuksilla tarkoitetaan tässä ilmaisuja myönteisestä mielentilasta, tunteesta tai ajatuksesta. Myönteisiä kokemuksia yhdisti suurimmalla osalla vastaajista niiden esiintyminen pääasiallisesti tuttujen ihmisten seurassa. Kokemusta kuvattiin energisoivana ja voimaannuttavana. Toisaalta kuvaukset käsittelevät rentoutta, helpottuneisuutta, avoimuutta, rauhallisuutta, hyvää tunnetta, mukavuutta, normaalia olotilaa, vapautta sekä avautunutta tunnetta kehossa. Keho koettiin myös viehättävänä ja sosiaalisia tilanteita väritti lämmön tunne sekä läheisyys. Sosiaalinen media saatettiin kokea helpompana paikkana toimia sosiaalisissa tilanteissa kasvokkain tapaamisen sijaan.

“Jos kysymyksessä tuttu henkilö, joka tietää ja tuntee minut, on kohtaaminen helpompaa ilman mitään

suuria kehollisia tuntemuksia” (alkumittaus)

“Tuttujen kanssa rennompi olo.” (alkumittaus)

“Koen vuorovaikutus tilanteen usein positiivisena ja kehoni on usein rento.” (jälkimittaus)

“Turvallisissa, läheisissä vuorovaikutustilanteissa koen kehoni olevan rento ja lämmin ja läheisyys tuntuu luontevalta“ (seurantamittaus)

Ahdistus pitää sisällään kognitiivisen aspektin sekä tunnereaktiot (Fremouw, Gross, Monroe & Rapp, 1982). Muut ahdistukseen usein liitetyt osa-alueet; somaattiset oireet sekä käyttäytyminen (Lehrer & Woolfolk, 1982), ovat eritelty erillisiksi osa-alueiksi tässä tutkimuksessa. Ahdistuneisuus -teemaluokka koostui yli- ja alivirittäytymisestä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ahdistusta kuvattiin jännittyneisyytenä sekä hermostuneisuutena. Myös kokemus väsymyksestä ja uupumisesta sosiaalisessa kanssakäymisessä kuuluivat ahdistuneisuuden teemaluokkaan. Osallistujat kuvailivat myös paniikin tunnetta, levottomuutta, sekä stressiä. Kokemukseen liitettiin lisäksi jumiutuneisuus sekä vaivaantuminen sosiaalisessa tilanteessa.

Sosiaalista ahdistusta tuottavia tilanteita voivat olla vuorovaikutustilanteet, jotka ovat uusia, joissa tavataan tuntemattomia henkilöitä tai koetaan, että muut arvostelevat omaa toimintaa (Holt, Heinberg, Hope & Liebowitz, 1992).

“--muiden lähestyminen ahdistavaa.” (alkumittaus)

“Joskus uudet tilanteet ja vieraat ihmiset aiheuttavat epämiellyttävää oloa. Kehossa se tuntuu usein ahdistuksena ja stressinä. Niissä tilanteissa rauhoittuminen tuntuu vaikealta.” (jälkimittaus)

“Uudessa tilanteessa, mikä jännittää tai stressaa, menee paniikkiin.” (alkumittaus)

Ahdistukseen liittyy lisääntynyt tietoisuus itsestä, joka vie huomiota pois vuorovaikutustilanteesta (Wells in Heimberg, Liebowitz & Hope, 1995).

“Musta on usein epämiellyttävä olla keskellä, jos on paljon ihmisiä. Tuntuu, että minut nähdään ja jäykistyn. Olen tietoinen paikasta ja tilasta ja vaikuttaa siihen, miltä minusta tuntuu.” (alkumittaus)

Välttelevät reaktiot koostuivat maininnoista, joissa osallistujat kuvaavat kokemusta itsensä pitämisestä etäällä ja vetäytyneenä muista, tarpeesta olla näkymätön ja paeta tilanteita tai vältellä sosiaalista kanssakäymistä. Kuvauksina oli myös pelkoa, joka liittyi kohtaamiseen, läheisyyteen tai nähdyksi tulemiseen. Osallistujat kuvailivat tarvetta pienentää itsensä, mennä kasaan, käpertyä tai piiloutua sosiaalisissa tilanteissa. Välttelevät reaktiot voivat tutkimusten mukaan johtua masennuksen aiheuttamasta kielteisten skeemojen tavallista korkeammasta aktivoitumisesta (Beck, 1972) sekä vähentyneestä sosiaaliseen tilanteeseen kohdistuneesta kognitiivisesta kapasiteetista, mikä vaikuttaa siten, että masentuneet havaitsevat ja tulkitsevat myös ympäristöstä todennäköisemmin kielteisiä viestejä (Wai & Bond, 2004). Tämä saa aikaan sen, että he uskovat kohtaavansa myös sosiaalisissa tilanteissa kielteisiä kokemuksia ja alkavat vältellä sosiaalisia tilanteita (Wai & Bond, 2004).

“Rajat: pidän toiset kaukana minusta. Laitan kädet fyysisesti ristiin ja myös ilmoitan, että lähelleni ei saa tulla. Perhe saa tulla lähelle, muut eivät.” (alkumittaus)

Välttelevät reaktiot voivat olla myös seurausta muun muassa häpeän kokemuksesta. Tällöin häpeä motivoi yksilöä piiloutumaan tai pakenemaan vuorovaikutustilanteissa ja välttelemään sosiaalisia tilanteita (Lewis, 1971;1987). Lisäksi välttelevät reaktiot voivat olla seurausta epävarmuuden tunteesta, jota koetaan itsestä ja omasta kehosta (Wai & Bond, 2004). Välttelevät reaktiot -teemaluokka on siis osittain yhteydessä häpeä ja epävarmuus -teemaluokkiin. Vältteleviä reaktioita kuvailtiin myös yhdessä fyysisten reaktioiden kanssa.

“Etäisyys, läheisyys: hyvin tietoinen välimatkoista, pidän tuntemattomat etäällä. Keho reagoi jäätymällä, jos tullaan liian lähelle haluamattani.” (alkumittaus)

Fyysiset reaktiot sosiaalisissa tilanteissa liitetään usein ahdistuksen kokemukseen. Fyysiset reaktiot johtuvat sympaattisen hermoston aktivaatiosta, jonka seurauksena on muun muassa hikoilun lisääntyminen, kiihtynyt syke, hengityksen muuttuminen pinnalliseksi, lihasjännitys (Leary & Kowalski, 1997). Osallistujien kokemukset tukevat tutkimustietoa, sillä ahdistuksen kokemuksia kuvattiin usein fyysisten kokemusten ohella.

“Hartioissa tuntuu, helposti vatsavaivoja ja pahoinvointia.” (alkumittaus)

“Jännitän kehoa, minulla on mm. jännityspäänsärkyä ja hartiasärkyä. Saatan hämmentää sormiani, naksutella niitä tai repiä kynsiä. Joskus sosiaalinen tilanne tuntuu paineena päässä ja kehossa, sen jälkeen huomaan vasta kun pystyn rentoutumaan.” (jälkimittaus)

Epävarmuus -teemaluokkaan kuuluivat kokemukset, joita kuvattiin paitsi epävarmuutena itsestä myös pelkona siitä, miten muut suhtautuvat osallistujaan ja tämän kehoon. Tähän teemaluokkaan luokiteltiin kokemukset, joissa keho koettiin jollain tapaa vääränlaisena tai pelättiin muiden kokevan itsen kelpaamattomana, mutta kokemusta ei kuitenkaan kuvattu oman häpeän kautta. Masennuksessa kielteisten skeemojen on huomattu olevan tavallista aktivoituneempia (Beck, 1972) ja masentuneilla kuva itsestä sekä ympäröivästä maailmasta on yleensä kielteinen (Wai & Bond, 2004). Täten myös epävarmuutta itsestä esiintyy paljon, sillä on havaittu, että ympäristöstä odotetaan usein sellaista palautetta, joka vastaa yksilön omaa käsitystä itsestä (Swann, 1983). Masentuneet ovat tästä johtuen liioitellun huolissaan siitä, että muut hylkäävät heidät ja ovat myös alttiimpia huomaamaan viitteitä hylkäämisestä sosiaalisissa tilanteissa (Wai & Bond, 2004).

“Mietin mitähän muut ajattelevat minusta” (alkumittaus)

“Peilaan muiden kehoviestintää, rentoutta tai jännittyneisyyttä” (jälkimittaus)

Epävarmuus voi edelleen vaikuttaa käyttäytymisen tasolla niin, että henkilö pyrkii piilottamaan itseään tai vetäytymään sosiaalisista tilanteista suojellakseen itseään odotetuilta kielteisiltä kokemuksilta (Wai & Bond, 2004).

“Tulee herkästi käpertyminen, ei "rinta rottingilla" olo, tuntee herkästi olonsa kömpelöksi, "rumaksi", tunne että voi helposti tulla arvostelun kohteeksi (ulkoinen olemus).” (alkumittaus)

Epävarmuus voi liittyä myös ahdistuksen aiheuttamiin fysiologisiin reaktioihin, mikä tarkoittaa, että epävarmuuden kokemus on yhteydessä myös ahdistus ja fyysiset reaktiot -teemaluokkiin.

“-- Jännitän myös hartioitani ja puren hampaitani yhteen. Saatan puhua myös paljon ja nopeutan puherymiäni jännittäessäni miten minuun suhtaudutaan ja miten minua arvioidaan.” (jälkimittaus)

Ei erityistä huomiota -teemaluokka sisältää kokemukset, joissa ei herännyt vuorovaikutustilanteissa huomioita omasta kehosta. Kokemuksiin liittyi huomion pysyminen vuorovaikutustilanteessa, jolloin tarvetta tarkastella omia tuntemuksia ei ole. Osallistujat kuvailivat, ettei heidän kehossaan tapahdu huomioitavia reaktioita toisten ihmisten seurassa. Näiden reaktioiden voidaan nähdä olevan merkki siitä, että henkilö ei koe ahdistusta vuorovaikutustilanteissa, sillä ahdistukseen liittyvä korostunut tietoisuus itsestä on poissa (Wells, 1994, viitattu Heimberg, Liebowitz & Hope, 1995).

“En koe kehossa mitään kohdatessa ihmisiä tai ainakin se tapahtuu todella harvoin.” (alkumittaus)

“En yleensä kiinnitä paljonkaan huomiota siihen, miten olen toisten seurassa koska mielestäni minulla ei ole syytä tarkkailla olemisen tapaa.” (jälkimittaus)

Häpeään liittyi kokemus, että vuorovaikutustilanteissa toiset tuomitsevat itsen kielteisesti (Harder, 1995, viitattu Tangney & Fisher, 1990). Häpeä kumpuaa itsensä tuomitsemisen ajatuksesta ja kokemuksesta, että muiden ajatukset itsestä ovat yhtä kielteisiä (Lewis, 1971). Häpeä on itsen keskittyvä, monitasoinen yhdistelmä tunteita, kognitioita, toimintaa ja taipumusta, joka muodostuu siitä, kuinka henkilö käsittää itsensä sosiaalisena toimijana (Fischer & Tangney, 1995).

Häpeän kokemusta kuvattiin suhteessa omaan kehoon ja olemukseen vuorovaikutustilanteissa.

“Vähän hävettää jossain määrin. Pitkään pystyin vetämään maskin päälle. Mutta nyt en enää pysty. Olen joutunut niin pohjalle. En pysty peittävä sitä. Ei tiedä miten pitäisi olla ja mimmosen roolin ottaa. Samassa ottaa pirtsakamman roolin. Aina koen että minussa on jotain vikaa. Hävettää.” (alkumittaus)

“Painon nousu lievästi hävettää minua.” (seurantamittaus)

“--keho ja sen epäluonnollisuus hävettää. Ajattelen, että muut ihmiset keskittyvät makkaroihini ja läskeihini.” (seurantamittaus)

Häpeään liittyi vastauksissa kuvailua välttämiskäyttäytymisestä, jolla tunnetta pyrittiin peittämään. Häpeää kuvailtiin nolostumisen kautta.

“Hävettää, nolottaa. Tunnen itseni osaamattomaksi, isoksi ja yritän olla huomaamaton.”
(jälkimittaus)

“Tunnen hirveästi häpeää. Se estää tekemästä asioita. Kokemus, että ihmiset halveksuu, miten päästänyt itsensä tuollaiseksi.” (alkumittaus)

4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapian vaikuttavuutta osallistujien sosiaaliseen toimintakykyyn, kiintymystyyleihin sekä heidän kehollisiin kokemuksiinsa vuorovaikutustilanteissa. Ensimmäinen oletus siitä, että tanssi- liiketerapia lisää osallistujien sosiaalista toimintakykyä osoittautui oikeaksi. Sosiaalinen toimintakyky kasvoi alkumittauksesta seurantamittaukseen TLT-ryhmässä, kun taas kontrolliryhmässä se pysyi ennallaan. Toinen oletus siitä, että osallistujien kiintymystyyli muuttuisi turvallisemmaksi tai turvattomat kiintymystyyli pisteet laskisivat TLT:n vaikutuksesta ei saanut tukea. Kiintymystyyli pisteissä ei tapahtunut muutosta alku- jälki ja seurantamittausten välillä.

Tutkimuksen laadullisessa osiossa tutkittiin kehollisten kokemusten muutosta vuorovaikutustilanteessa seitsemän teemaluokan kautta: 1) myönteiset kokemukset, 2) välttelevät reaktiot, 3) ahdistus, 4) fyysiset reaktiot, 5) epävarmuus, 6) ei erityistä sekä 7) häpeä. Välttelevät reaktiot sekä epävarmuus vähenivät selvästi ja lisäksi ei erityistä -kokemukset nousivat hiukan intervention vaikutuksesta. Muut teemaluokat pysyivät melko samankokoisina läpi mittauskertojen. Laadulliset löydökset tukevat määrällistä tulosta siten, että sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen näkyy myös teemaluokkien muutoksissa, erityisesti epävarmuuden sekä välttelevien reaktioiden vähenemisenä. Koska aiempaa tutkimusta tanssi-liiketerapian vaikutuksista sosiaaliseen toimintakykyyn ei ole löydettävissä, tarjosi tämä tutkimus uutta tietoa sen osalta, että sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen voi mahdollisesti selittää TLT-intervention vaikuttavuutta masennuksen hoidossa.

4.1 Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen

Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumisen taustalla TLT:n vaikutuksesta voisi ajatella olevan useita tekijöitä. Ryhmän kautta on mahdollista saada positiivisia kokemuksia muiden kanssa toimimisesta sosiaalisissa tilanteissa (Chaiklin & Wengrower, 2009). Masennus aiheuttaa usein vetäytymistä sosiaalisista kanssakäymisistä (Joiner & Timmons, 2009; Trew, 2011) ja tämän seurauksena sosiaalinen toimintakyky laskee entisestään, kun kontaktien puuttuessa ei saada mahdollisuuksia vahvistaa toimintakykyä (Joiner, 200; Joiner & Timmons, 2009; Trew 2011). TLT:ssä tanssin rytmisyys yhdistettynä ryhmäasetelmaan voi auttaa kontaktien luomisessa muihin ryhmän osallistujiin (Chaiklin, 1975) ja osallistuja voi kokea olevansa osana ryhmää arvostettu ja hyväksytty (Chaiklin & Wengrower, 2009). Täten osallistujan on mahdollista olla jälleen osa sosiaalista kanssakäymistä, mikä voi vahvistaa toimijuutta ja sen kautta sosiaalista toimintakykyä, mahdollisesti lisäten sosiaalisia kontakteja myös muissa yhteyksissä. Tätä tukevat aiemmat tutkimukset, joissa TLT:n on todettu lisäävän toimijuutta (Mills & Daniluk, 2002), luottamusta toisiin ihmisiin, tunneilmaisun vapautumista (Levaniemi & Maaskola, 2019) sekä ulospäinsuuntautuneisuutta (Punkanen, Saarikallio, Luck, 2014).

Myös liikkeen avulla tapahtuva tunteiden käsittely ja vuorovaikutuksen tutkiminen (Suomen Tanssi-liiketerapiayhdistys, 2015) voi olla sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen vaikuttava tekijä. TLT korostaa liikettä ja tanssia perinteisen sanallisen vuorovaikutuksen sijaan, mikä tarkoittaa, että liikkeen ja tanssin kautta on mahdollista päästä käsiksi aiemmin tiedostamattomiin tunteisiin ja ajatuksiin (Karkou, 2019). Emotionaalisia kokemuksia jaetaan ryhmässä liikkeen kautta (Chaiklin & Wengrower, 2009) ja tämä uudenlainen tapa kommunikoida voi lisätä pystyvyyden kokemusta toimia sosiaalisesti ja täten sosiaalista toimintakykyä. Liike on myös väline, jolla masennukseen liittyvää sosiaalista leimaantumista on mahdollista käsitellä ja ilmaista uudella tavalla, mikä voi vähentää siihen liittyviä kielteisiä tunteita (Roberts, 2016). Lisäksi liikkeen kautta kommunikointi tekee sosiaalisia suhteita eri tavoin näkyviksi (Payne, 2013), mikä voi vaikuttaa kasvattaen yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä vähentää vertaistuen kokemuksen kautta masennusoireita ja sosiaalista eristäytyneisyyttä.

Lisäksi myönteiset sosiaaliset kokemukset TLT-ryhmässä voivat parantaa kuvaa itsestä (Chaiklin & Wengrover, 2009). Masentunut näkee yleensä itsensä ja kykynsä kielteisesti (Swallow & Kuiper, 1988) ja masentuneiden kehonkuva on muihin verrattuna kielteisempi (Papadopoulous & Röhrich, 2013). Ryhmän kautta on mahdollista, että myönteiset sosiaaliset kokemukset muuttavat käsitystä itsestä ja kehonkuvaa myönteisemmäksi, sillä TLT:n on todettu aiheuttavan muutoksia kehomuistissa (Pylvänäinen, 2003). Lisäksi TLT:n on huomattu vahvistavan keho-mieli -yhteyttä (Mills & Daniluk, 2002; Payne, 2003) täten lisäten tietoisuutta kehon tuntemusten ja tunteiden välisistä yhteyksistä (Punkanen ym., 2014). Kehotietoisuuden lisääntyminen auttaa osallistujia

palauttamaan kokemuksen kehollisesta itsehallinnasta ja toimijuudesta (Cantrick ym., 2018; Hanna, 1988) sekä ilmaisemaan tunteita paremmin (Punkanen ym., 2014). Tämä voi johtaa siihen, että muiden kanssa on helpompaa kommunikoida, jonka seurauksena sosiaalinen toimintakyky vahvistuu. Sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen voi puolestaan lisätä itsearvostusta ja vähentää sen kautta masennusoireita sekä kannustaa sosiaaliseen kanssakäymiseen aiempaa enemmän.

4.2 Kehollisen kokemuksen muutos vuorovaikutustilanteessa

Osallistujat kuvasivat eniten myönteisiä kokemuksia, ahdistusta sekä vältteleviä reaktioita verrattuna muihin luokkiin. Myönteisten kokemusten korkea esiintyvyys saattoi johtua siitä, että vaikka kielteisiä tunteita koettiin, niitä ei esiintynyt tuttujen ihmisten ja omien perheenjäsenten seurassa. Näiden läheisten ihmissuhteiden myönteinen merkitys vastauksissa korostui. Ahdistuksen ja välttelevien reaktioiden korkea esiintyvyys alkuvastauksissa tukee tutkimustulosta, jossa nämä oireet liitetään masennusoirehdintaan sekä alhaiseen sosiaaliseen toimintakykyyn (Szanto ym., 2012; Wai & Bond, 2014). Häpeän mainintojen alhainen määrä voi mahdollisesti johtua siitä, että sitä esiintyy päällekkäin epävarmuuden kuvausten kanssa, joten kokemusten erittelemisen saattoi johtaa näiden kummankin teemaluokan alhaiseen esiintyvyyteen. Ei erityistä -teemaluokkaa esiintyi myös vähemmän muihin verrattuna, mikä saattaa selittyä masennukselle tyypillisellä korostuneella itsensä tarkkailulla (Wai & Bond, 2014).

Osallistujien kuvaama epävarmuus laski selvästi alku- ja jälkimittauksen sekä edelleen seurantamittauksen välillä. Masentuneilla on usein ei-masentuneita kielteisempi minäkuva (Swallow & Kuiper, 1988), johon epävarmuuden kokeminen itsestä liittyy vahvasti. Epävarmuuden väheneminen voikin selittyä TLT:n vaikuttavuudella kehonkuvan (Pylvänäinen, 2003) ja minäkuvan muutokseen (Hanna, 1988), jolloin osallistuja kokee itsensä aiempaa myönteisemmin. TLT:n myötä tapahtunut epävarmuuden väheneminen voi kertoa myös siitä, että osallistujat ovat saaneet ryhmässä kokemuksia itsensä kelpaavuudesta. Tämä on tapahtunut mahdollisesti ryhmään kuulumisen tunteen (Chaiklin & Wengrower, 2009) sekä kehotietoisuuden lisääntymisen kautta, jolloin itsensä ilmaiseminen ja muiden tunteiden tulkitseminen helpottuvat (Punkanen ym., 2014; Roberts, 2016), ja tästä seuraa epävarmuuden väheneminen sosiaalisessa tilanteessa. Epävarmuuden väheneminen voi lisätä entisestään sosiaalisiin tilanteisiin osallistumista myös TLT-ryhmän ulkopuolella ja mahdollisesti koettuja myönteisiä tunteita niissä — odotettujen kielteisten tunteiden sijaan — mikä voi rikkoa masennukselle tyypillistä kielteisen ajattelun kehää (Fredrickson & Cohn, 2008) ja sitä

kautta vähentää masennuksen oireita. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan kehonkuvan muutos myönteisempään suuntaan voi toimia masennuksen hoidon taustalla vaikuttavana tekijänä (Pylvänäinen & Lappalainen, 2018). Tutkimuksemme tuo uutena esille sen, että kehonkuvan muutos voi olla yhteydessä myös sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen, joka toimii mahdollisesti masennusoireita vähentävänä tekijänä.

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että masennusta sairastava henkilö on todennäköisesti epävarmuutensa vuoksi korostuneen aktiivinen hakemaan varmistusta hyväksyttävyydelleen sosiaalisissa tilanteissa (Coyne, 1976). Saadessaan myönteistä palautetta, näyttäisi kuitenkin siltä, että masennusta sairastavan on vaikeaa sisäistää ja uskoa sitä osaksi heidän minäkuvaansa, ja palautteen aktiivinen hakeminen jatkuu (Wai & Bond, 2004). Tämä jatkuva palautteen hakeminen voi johtaa sosiaaliseen vetäytymiseen myös masentuneen henkilön läheisten osalta. Epävarmuuden kokemuksen vähentyminen, osana tanssi-liiketerapiaa, voi alentaa henkilön riippuvuutta muilta saatuun palautteeseen itsensä kelpaavuudesta. Täten hänen läheisensä saattavat olla aiempaa halukkaampia sosiaaliseen kontaktiin, mikä antaa aiempaa useampia mahdollisuuksia kehittää sosiaalista toimintakykyä.

Epävarmuuden lisäksi, osallistujien raportoima välttelevä käytös laski alkumittauksen ja seurantamittauksen välillä selvästi. Välttelevä käytös, kuten myös epävarmuus, voivat olla seurausta masennuksen aiheuttamasta kielteisten skeemojen korostumisesta (Beck, 1972), mikä saa henkilön havaitsemaan kielteisiä viestejä sekä odottamaan kielteisiä kokemuksia myös sosiaalisissa tilanteissa ja täten välttämään niitä (Wai & Bond, 2004). Epävarmuuden kokeminen on siis yhteydessä välttelyyn ja täten näiden kummankin teemaluokan väheneminen vastauksissa kertoo niiden välillä olevasta yhteydestä; epävarmuus on ajatus itsestä ja välttely tämän ajatuksen aikaansaama toiminta. Välttelevien reaktioiden väheneminen osoittaa mahdollisesti sen, että osallistujilla on TLT:n jälkeen vähemmän epävarmuutta itsestään ja sen kautta vähemmän tarvetta piilottaa itseään muilta tai vetäytyä sosiaalisista tilanteista.

Lisäksi TLT:n harjoitteiden altistus fyysiselle läsnäololle ja kosketukselle turvallisessa ympäristössä (Payne, 2003) on voinut vaikuttaa osallistujien kokemukseen siten, että kielteiset kokemukset ja niiden myötä tarve toimia välttelevästi on laskenut. TLT saattoi mahdollistaa uudenlaisen, liikkeen kautta tapahtuvan vuorovaikutuksen ja liikkeen sanallistamisen oppimisen, mikä on mahdollisesti lisännyt pystyvyyden tunnetta sopeutua uusiin tilanteisiin (Payne, 2003) sekä vahvistanut osallistujan toimijuutta (Mills & Daniluk, 2002) myös vuorovaikutustilanteissa. Täten välttelevä käytös sosiaalisten tilanteiden suhteen on voinut vähentyä.

Ei erityistä -kokemusten, häpeän sekä myönteisten kokemusten vähäinen muutos alku- ja seurantamittauksen välillä johtaa siihen, ettei johtopäätöksiä muutosten merkitsevyydestä voida

tehdä. Ei erityistä -kokemusten lievä nousu on voinut johtua kielteisten kokemusten siirtymisestä enemmän neutraaliin kokemusmaailmaan. Tämä on mahdollisesti merkki masennusoireiden vähentymisestä, sillä masennuksessa tyypillisesti korostuvat kielteiset skeemat (Beck, 1972) ja itsen tarkkailu (Mor & Winqvist, 2002). Ahdistus ja fyysiset reaktiot eivät taas muuttuneet alku ja seurantamittauksen välillä. Koska kyseessä on pieni otos, ei voida tehdä selkeitä johtopäätöksiä siitä, ettei tanssi-liiketerapia vaikuttaisi ahdistukseen ja siihen liittyviin fyysisiin reaktioihin. Mahdollista on myös se, että tanssi-liiketerapia vaikuttaa tiettyjen kokemusten muutoksen kautta pidemmän ajan kuluessa myös toisten kokemusten muutokseen. Esimerkiksi välttelevien reaktioiden vähentyminen voi altistaa aiempaa enemmän myönteisille kokemuksille vuorovaikutustilanteissa, täten vähentäen myös ahdistusta, fyysisiä reaktioita ja häpeää.

4.3 Sosiaalisen toimintakyvyn ja kehollisten kokemusten yhteys

Epävarmuuden ja välttelevien reaktioiden väheneminen tukevat tulosta sosiaalisen toimintakyvyn lisääntymisestä TLT-ryhmässä. Aiemman tutkimuksen mukaan masentuneella kuva itsestä on yleensä kielteinen ja tämä aiheuttaa epävarmuutta sosiaalisissa tilanteissa (Wai & Bond, 2004). Tähän pohjaten voidaan olettaa, että epävarmuuden väheneminen voi mahdollisesti vahvistaa paitsi myönteisempää minäkuvaa, että pystyvyyttä toimia sosiaalisissa tilanteissa. Tämän muutoksen myötä on mahdollista, että välttelevä käytös vähenee, mikä on yhteydessä sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen.

Häpeän ja ahdistuksen maininnat vastauksissa eivät kuitenkaan laskeneet ajan myötä, mikä voi tarkoittaa sitä, että sosiaalisissa tilanteissa koetaan edelleen ahdistuneisuutta ja häpeää, eikä itseä voida vielä hyväksyä. Tuloksissa näkyvä epävarmuuden väheneminen voi olla kuitenkin alkua myös häpeän vähenemiselle. Epävarmuus on vähentynyt mahdollisesti enemmän muiden, tässä tapauksessa TLT-ryhmän, osoittaman hyväksynnän kautta, kun taas häpeä liittyy yleensä henkilön itse itseensä kohdistamaan hyväksynnän puutteeseen (Lewis, 1971). Häpeän kokemus voikin vähentää sosiaalista toimintakykyä, mutta samalla välttelyn ja epävarmuuden vähentyessä sosiaalinen toimintakyky kuitenkin kasvaa.

Myöskään myönteisten kokemusten ei havaittu lisääntyvän siitä huolimatta, että sosiaalinen toimintakyky kasvoi. Myönteisiä kokemuksia oli kuitenkin kuvattu paljon jokaisella mittauskerralla ja täten niillä on mahdollisesti vaikutusta sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen yhdessä epävarmuuden ja välttelyn vähenemisen kanssa. Sosiaalisissa tilanteissa ilmenevien myönteisten

tunteiden on havaittu lisäävän muun muassa yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä luottamusta toisiin (Fredrickson & Cohn, 2008, s. 785). Masennuksessa taas kielteisten tunteiden sekä kaventuneen, pessimistisen ajattelun on huomattu ruokkivan toisiaan ja johtavan kielteiseen, masennusta syventävään kehään (Fredrickson, 1998, 2001). Fredricksonin ja Cohnin (2008) mukaan myönteisten kokemusten on mahdollista rikkoa tämä kehä, sillä myönteiset tunteet laajentavat mieleen tulevien ajattelutapojen kirjoa. Tämä taas antaa mahdollisuuden valita toimintatapa joustavammin sekä rakentaa toiminnan kautta voimavaroja, jotka lisäävät todennäköisyyttä hyvän olon tunteelle myös tulevaisuudessa (Fredrickson & Cohn, 2008). Vähentyneen epävarmuuden ja välttelyn aikaansaama aiempaa runsaampi altistuminen sosiaalisille tilanteille ja myönteisille kokemuksille niissä voi johtaa vahvistuneeseen sosiaaliseen toimintakykyyn ja masennusoireiden vähenemiseen sekä lopulta pidemmällä aikavälillä myös häpeän, ahdistuksen ja fyysisten reaktioiden vähenemiseen.

4.4 TLT:n vaikutus kiintymystyyliin

Huolimatta siitä, että sosiaalinen toimintakyky vahvistui CORE-OM -mittarin sekä laadullisen analyysin perusteella, ei kiintymystyyliin havaittu muutosta tässä tutkimuksessa. Tulos on ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa on havaittu TLT interventioon osallistumisen lisäävän turvallista kiintymystyyliä (Punkanen ym., 2014). Lisäksi kiintymystyylien muuttumattomuus on ristiriidassa tämän tutkimuksen muiden tulosten kanssa, joiden mukaan sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen näkyy epävarmuuden ja välttelevien reaktioiden määrän vähenemisenä. Epävarmuus liittyi tässä aineistossa pelkoon, ettei tule hyväksytyksi muiden taholta, mikä on tyypillistä takertuvalle kiintymystyyliin (Hazan & Shaver, 1987; Main ym., 1985). Välttelevälle kiintymystyyliin taas on tyypillistä suojella itseään odotetulta torjutuksi tulemiselta välttelemällä sosiaalisia kontakteja (Bartholomew & Horowitz, 1991), minkä voidaan nähdä olevan hyvin samankaltainen tämän tutkimuksen välttelevien reaktioiden teemaluokan kanssa. Tämä voisi viitata siihen, että myös takertuva ja välttelevä kiintymystyyliin liittyvät toimintamallit olisivat vähentyneet, mutta tämä ei kuitenkaan näy kiintymystyyliä koskevissa tuloksissa.

4.5 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimustarve

Tutkimuksen validiteettiin on voinut vaikuttaa vinoutunut sukupuolijakauma, sillä suuri osa osallistuneista oli naisia. Sukupuolta ei kuitenkaan otettu taustamuuttujaksi, sillä miehiä osallistui tutkimukseen vain vähän. Jatkotutkimuksena myös sukupuolen vaikutuksia tuloksiin olisi hyödyllistä tutkia, tällöin ryhmien sukupuolijakauman tulisi olla tasainen. Laadullisen tutkimuksen validiteettia heikentää myös pieni otoskoko, sillä kaikki osallistujat eivät vastanneet vuorovaikutuskysymykseen kehonkuvakyselyssä jokaisella mittauskerralla. Tuloksen yleistettävyyttä lisääisi myös muiden kuin syksyn 2017-ryhmien tarkastelu. Toisaalta, kyseiset ryhmät eivät ole satunnaistettuja, mikä voisi osaltaan myös heikentää validiteettia ja tämän vuoksi niitä ei päädytty sisällyttämään tähän tutkimukseen.

Tanssi-liiketerapian vaikutus kiintymystyyliin hyötyisi jatkotutkimuksesta. Vaikka käytetty mittari on saanut puoltavia tuloksia validiteettitutkimuksessa, olisi mielekästä tutkia ilmiötä käyttäen toista mittaria, jonka avulla osallistujien kokemuksia voitaisiin kartoittaa laajemmin kuin pelkästään yhden kysymyksen kautta jokaista kiintymystyyliä kohtaan. Koska tässä tutkimuksessa sosiaalinen toimintakyky vahvistui ja epävarmuus sekä välttelevät reaktiot vähenivät, kiintymystyyli muutosten jatkotarkastelu toisi mahdollisuuden tarkastella ilmiötä syvemmin. Jotta saataisiin selkeämpiä muutoksia kiintymystyylien osalta, olisi pidempi interventio sekä seuranta-aika tarpeellinen. Myös eri TLT-ryhmien erot ovat voineet vaikuttaa tuloksiin. Toiset ryhmistä ovat voineet olla turvallisempia, kun taas toisissa on voinut olla ristiriitoja ja konflikteja, mikä näkyy tuloksissa. Jatkotutkimuksen osalta, olisi hyödyllistä tarkastella myös eri TLT-ryhmien sisäisiä kokemuksia ja miten ne ovat yhteydessä sosiaalisen toimintakyvyn muutokseen ja kehollisiin kokemuksiin vuorovaikutustilanteissa. Lisäksi jatkotutkimuksessa olisi hyödyllistä kartoittaa ryhmän sisäistä toimivuutta ja mahdollisesti sen vaikutuksia sosiaalisen toimintakyvyn muutokseen.

Tutkimuksen vahvuuksina ovat satunnaistettu tutkimusasetelma, kontrolliryhmän käyttö tulosten vertailussa sekä seurantamittaus, jotka lisäävät tutkimuksen tilastollista arvoa. Lisäksi tutkimuksen vahvuutena on sekä määrällisen, että laadullisen aineiston hyödyntäminen, mikä antaa laajemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Jatkotutkimuksessa hyödyllistä olisi kuitenkin pidentää seuranta-aikaa, joka oli tässä tutkimuksessa vain kolme kuukautta. Tällöin pystyttäisiin näkemään vaikutusten pysyvyys paremmin. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen käytetty CORE-OM -mittari on käytetty laajasti kansainvälisessä tutkimuksessa (Ilveskoski, Lahtela, Pylvänäinen, Salin-Kares & Viitasaari, 2012) ja se on todettu toimivaksi mittaamaan toimintakykyä (Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, Beson, Audin & McGarth, 2001).

Vastauksien jakaminen erillisiin temaluoikkiin osoittautui haastavaksi tehtäväksi, sillä vastauksissa oli paljon päällekkäisyyttä. Osallistujien vastauksista ei myöskään tullut esille syy-seuraus -suhteita ja sitä, mikä laukaisee yksilötasolla reaktioita, mikä vaikeutti teemoittelua. Tämän

vuoksi jaottelu oli puhtaasti sisältölähtöistä, eikä teemaluokkien välillä tarkasteltu syy-seuraussuhteita. Vaikka teemaluokat liittyivät toisiinsa, oli niiden erottelu kuitenkin mielekästä, sillä tällöin saavutettiin paremmin kokemusmaailmojen laajuus. Lisäksi osa kuvatuista kokemuksista oli tunteita, osa fysiologisia vasteita, osa ajatuksia ja osa toimintaa, joten teemaluokkien oli hyvä käsittää nämä kaikki osa-alueet, vaikka ne ovatkin mahdollisesti kuvausta samalle ilmiölle. Avoimet kysymykset mahdollistivat osallistujien oman henkilökohtaisen kokemuksen jakamisen, mutta tukemaan vastauksia myös suljetut kysymykset olisivat olleen hyödyksi, jotta osallistujien kokemukset olisi saatu helpommin jäseneltävään muotoon. Lisäksi, vaikka laadullisen tutkimuksen tulokset perustuvat osallistujien henkilökohtaisiin kokemuksiin ja tuloksia ei sen vuoksi pystytä yleistämään, teemaluokat ja niiden universaali esiintyminen vuorovaikutustilanteita kuvaavina, voisivat saada jatkotutkimuksella lisää varmuutta kokemusten teemoitteluun vuorovaikutustilanteissa.

Vastausten puuttuminen kehonkuvakyselyn vuorovaikutustilanteissa kehollisia kokemuksia kartoittavan kysymyksen kohdalla on myös vaikuttanut siihen, että koko ryhmän muutosta ei voitu tarkastella. Tähän on voinut vaikuttaa se, että vain kehonkuvakyselyn alkuhaastattelu tehtiin kasvokkain, muilla mittauskerroilla kysely lähetettiin osallistujille täytettäväksi, jolloin paine vastata kyselyyn laskee. Mielekästä olisi myös vertailla kehonkuvakyselystä saatuja tuloksia esimerkiksi kyselyn toiseen kysymykseen *“Millaisena koet kehosi perustunnelman, kun olet itseksesi?”*. Tällöin voitaisiin vertailla, miten tanssi-liiketerapia vaikutti vuorovaikutustilanteiden ohella myös henkilökohtaiseen kokemukseen kehon tuntemuksista. Koska tutkimus luokitteli kehonkuvakyselyn vastauksia erillisiin teemaluokkiin, syy-seuraussuhteiden jatkotarkastelu toisi myös lisää syvyyttä tuloksille.

4.6 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella ryhmämuotoista tanssi-liiketerapiaa voidaan pitää vaikuttavana kuntoutusmuotona masennuksen hoitoon, sillä se vahvistaa sosiaalista toimintakykyä. Tulosten kautta voidaan myös syventää ymmärrystä kehollisten kokemusten moninaisuudesta sosiaalisissa tilanteissa. Tutkimus toi esille, että masennuskuntoutujat mainitsivat vähemmän epävarmuutta ja vältteleviä reaktioita sosiaalisissa tilanteissa TLT-interventioon myötä. Tutkimus on aiempaa tutkimustietoa täydentävä ja auttaa erittelemään mikä tanssi-liiketerapiassa vaikuttaa masennusoireiden vähentymiseen.

Yhden osallistujan seurantajakson vastaus tiivistää kokemuksen tanssi-liiketerapia - interventiojakson vaikuttavuudesta sosiaaliseen vuorovaikutukseen:

“Olen vastaanottavaisempi kanssaihmisten tunteille mutta hyvällä tavalla. Jaksan kuunnella ja paremmin ja keskittyneemmin. Koen vahvemmin olevani läsnä. Olen sallivampi ja toisten ahdistavat tunteet eivät tartu minuun niin herkästi. Pystyn tarkastelemaan asioita hieman objektiivisemmin. Huomaan, että alan tunnistaa myös omia rajojani päivä päivältä paremmin. Huomaan, myös selkeämmin, etten ole vastuussa toisten tunteista ja osaan ottaa tarvittavaa (tervettä) etäisyyttä. Luottamus siihen, että minun ei tule olla aina mukana ratkaisemassa ympärilläni mahdollisesti olevia ristiriitoja on kasvanut. Eli hieman tervettä itsekkyyttä olen saanut kasvatettua itsessäni. Kannustus ja positiivinen palaute on saanut aikaan rentoutta ja hyvinolontunnetta myös kehossani.”

5 LÄHTEET

Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman R. E., Spreen M., Ket J. C., Vink A. C., Maratos A., Crawford M. Chen X., Gold C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.* doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.

Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current opinion in neurobiology*, 11(2), 231-239. doi: 10.1016/S0959-4388(00)00202-6

Addington, J., Young, J., & Addington, D. (2003). Social outcome in early psychosis. *Psychological medicine*, 33(6), 1119-1124. doi: 10.1017/S0033291703007815

Ahrens, A. H., & Alloy, L. B. (1997). Social comparison processes in depression. In B. P. Buunk & F. X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*, 389–410. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., and Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment.*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior Vol. 2*, 67-112. New York: Wiley.

Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., and Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Dev.* 69: 1406– 1419.

Alpert, P. T., Miller, S. K., Wallmann, H., Havey, R., Cross, C., Chevalia, T., ... & Kodandapari, K. (2009). The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 108-115. Doi: doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00392.x

Ardito R. B., Rabellino D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front. Psychol.* 2:270. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. doi: 10.1177/0265407590072001

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi: 10.1037//0022-3514.61.2.226

Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 239–246. doi: [10.1192/bjp.186.3.239](https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.239)

Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Audin, K., & McGarth, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184–196. doi: [10.1017/S0033291710001467](https://doi.org/10.1017/S0033291710001467)

Beck, A. T. (1972) *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: *University of Pennsylvania Press*. doi: 10.1080/00029157.1974.10403697

Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. O. N. J. A. (1990). The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. doi: [10.1080/13546805.2014.999915](https://doi.org/10.1080/13546805.2014.999915)

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine*, 66(6), 1334-1345. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.164](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.164)

Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E., and Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *J. Abnorm. Psychol.* 88: 388–397. doi: 10.1016/0165-0327(81)90038-0

Bläsing B. (2017). Dance in the body, the mind and the brain: neurocognitive research inspired by dancers and their audience, in *The Oxford Handbook of Dance and Wellbeing*, eds Karkou V., Oliver S., Lycouris S., editors. New York, NY: Oxford University Press, 41–56. doi: [10.3389/fpsyg.2019.00936](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936)

Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(1), 63–69. doi: [10.1016/s0010-440x\(00\)90133-0](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90133-0)

Bowlby, J. (1982) *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Original work published 1989).

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. II. Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth.

Bräuninger, I. (2014). Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *9*(3), 138–153. doi: [10.1080/17432979.2014.914977](https://doi.org/10.1080/17432979.2014.914977)

Brown, W. J., Ford, J. H., Burton, N. W., Marshall, A. L., and Dobson, A. J. (2005). Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *Am. J. Prev. Med.* *29*, 265–272. doi: [10.1016/j.amepre.2005.06.009](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.06.009)

Buunk, B., & Brenninkmeijer, V. (2000). Social comparison processes among depressed individuals: Evidence for the evolutionary perspective on involuntary subordinate strategies. In L.Sloman & P.Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 147–164). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Cantrick, M., Anderson, T., Leighton, L. B., & Warning, M. (2018). Embodying activism: Reconciling injustice through dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, *40*(2), 191–201.

Chaiklin, H. (1975). *Marion Chase: Her papers*. The American Dance Therapy Association, Columbia: ADTA Publications.

Chaiklin, S., and Wengrower, H. (eds.). (2009). *The Art and Science of Dance/Movement Therapy. Life is Dance*. New York, NY: Routledge.

Cicchetti, D., Greenberg, M. T., & Cummings, E. M. (Eds.). (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. University of Chicago Press.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 69–93. The Guilford Press.

Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*, 286. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Colace, E. (2017). Dance movement therapy and developmental trauma: Dissociation and enactment in a clinical case study. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 12(1), 36–49. doi: 10.1080/17432979.2016.1247115

Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O. & Miles, J. N. V. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69–74. doi: 10.1192/bjp.bp.105.017657

Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol.* 85:186–193. doi: 10.1037//0021-843x.85.2.186

Gray, P. & Mellor-Clark, J. (2007). *CORE: A decade of development*. Rugby: CORE IMS.

Cummings, E. M., and Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., and Cummings, E. M. (eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press, 339–372. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01254.x

Cooley, E. L., Van Buren, A., & Cole, S. P. (2010). Attachment styles, social skills, and depression

in college women. *Journal of College Counseling*, 13(1), 50-62. doi: 10.1002/j.2161-1882.2010.tb00047.x

Dosamantes-Alperson, E. (1981). Experiencing in movement psychotherapy *Journal of the American Dance Therapy*, 4 (2), 33-44

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGRATH, G. R. A. E. M. E., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51

Fredrickson, B. L., & Cohn, M. A. (2008). *Positive emotions*, 785-788.

Fremouw, W. J., Gross, R., Monroe, J., & Rapp, S. (1982). Empirical subtypes of performance anxiety. *Behavioral Assessment*. doi: 10.1016/S0005-7894(85)80005-8

Freud S. (1917). Mourning and Melancholia, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, eds Strachey J., Freud A., Strachey A., Tyson A., editors., London: The Hogarth Press Vintage, 237–258

Frieling, H., Hillemacher, T., Demling, J. H., Kornhuber, J., & Bleich, S. (2007). New options in the treatment of depression. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 75(11), 641–652. doi: 10.1055/s-2007-959181

Goossens, L. (2014). Affinity for aloneness in adolescence and preference for solitude in childhood. In R. J. Coplan & J. C. Bowker (Eds.), *The handbook of solitude: psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*, 150–166, West Sussex, UK: Wiley. doi: 10.1007/s10826-017-0916-0

Grossmann, K. E. (1995). The evolution and history of attachment research and theory. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (85-121). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Green Gilbert, A., & Smith, H. P. (1992). *Creative dance for all ages: A conceptual approach*. Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. Construct validation study of the Relationship Scales Questionnaire (RSQ) on an adult sample. *L'encephale*. 2010 Feb;36(1):69-76. doi: 10.1016/j.encep.2008.12.006.

Hanna, J.L. (1988). *Dance and stress. Resistance, reduction, and euphoria*, New York, AMS Press Inc.

Harder, D.W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In Tangney J.P & Fisher K.W (Eds.) *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride*, 368-392. New York: Guilford Press.

Hazan, C., and Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Pers. Soc. Psychol.* 52: 511– 524. doi: 10.1037//0022-3514.52.3.511

Hyvönen K., Pylvänäinen P., Muotka J., Lappalainen R. (teksti arvioitavana). Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multi-Centre, Randomised Controlled Trial in Finland.

Ilveskoski, U., Lahtela, A., Pylvänäinen, P., Salin-Kares, S. & Viitasaari, S. (2012). COREn soveltuvuus hoidon tuloksellisuuden mittariksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Julkaisematon raportti, lisätietoja: paivi.pylvanainen@ tamperet.fi.

Ingram, R.E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27,77-88.

Ingram R.E., Lumry A.E., Cruet D., Sieber W. (1987). Attentional processes in depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 11:351–360.

Ingram R.E., Smith T.W. (1984). Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*. 8:139–152.

- Jeong, Y., Hong, S., Lee, M. S., Park, M., Kim, Y., & Suh, C. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, *115*(12), 1711–1720. doi: 10.1080/00207450590958574
- Joiner, T. E., Jr. (2000). Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 203–218. doi: 10.1093/clipsy.7.2.203
- Joiner, T. E., & Timmons, K. A. (2009). Depression in its interpersonal context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 322–339). New York, NY: Guilford Press. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829db5ed
- Jola C., Calmeiro L. (2017). The dancing queen: explanatory mechanism of the 'feel-good effect' in dance, in *The Oxford Handbook of Dance and Wellbeing*, eds Karkou V., Oliver S., Lycouris S., editors. New York, NY: Oxford University Press, 13–40. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00936
- Juntunen, H., Piiparinen, A., Honkalampi, K., Inkinen, M., & Laitila, A. (2015). CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus yleisväestössä = The Finnish validation study of the CORE-OM-measure: Non-clinical sample. *Psykologia*, *50*(4), 257–276.
- Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults with Depression: A Systematic Review with Meta-Analyses. *Frontiers in psychology*, *10*. doi: [10.3389/fpsyg.2019.00936](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936)
- Karkou V., Omylinska-Thurston J., Thurston S., Lewis J. (2019). The arts for the blues: overview - an interdisciplinary collaboration between therapists and artists for dissemination and innovation in the treatment of depression, in *Paper Presented at the Arts and Psychotherapy Symposium*, Ormskirk: Edge Hill University.
- Karkou V., Sanderson P. (2006). *Arts Therapies: A Research-Based Map of the Field*. Edinburgh: Elsevier.

Karkou, V., & Sanderson, P. (2000). Dance movement therapy in UK education. *Research in Dance Education*, 1(1), 69-86. doi: [10.1080/14647890050006596](https://doi.org/10.1080/14647890050006596)

Kobak, R. R., and Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev.* 59: 135–146. doi: [10.1111/j.1467-8624.1988.tb03201.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1988.tb03201.x)

Kobak, R. R., Sudler, N., and Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Dev. Psychopathol.* 3: 461–474. doi: [10.1080/14616730903016961](https://doi.org/10.1080/14616730903016961)

Margolese, S. K., Markiewicz, D., & Doyle, A. B. (2005). Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 637. doi: [10.1007/s10964-005-8952-2](https://doi.org/10.1007/s10964-005-8952-2)

Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., & Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services, 35. doi: [10.1017/bec.2014.30](https://doi.org/10.1017/bec.2014.30)

Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D.R., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa, K., ..., Burlingame, G.B. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire; 3rd ed.)* Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.

Langston, J. M. (2019). The lived experiences of adult male trauma survivors with dance movement therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.

Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W. B., Noble, R. & Ivelson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *The British Psychological Society*, 42(2). doi: [10.1111/cp.12082](https://doi.org/10.1111/cp.12082)

Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1997). *Social anxiety*. Guilford Press.

Lee, T. C., Lin, Y. S., Chiang, C. H., & Wu, M. H. (2013). Dance/movement therapy for children suffering from earthquake trauma in Taiwan: A preliminary exploration. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 151-157. doi: [10.1016/j.aip.2012.12.002](https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.002)

Lee, T-C. (2014). Trilogy of Body Imaginary: Dance/Movement Therapy for a Psychiatric Patient with Depression, *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 400-408. doi: [10.1016/j.aip.2014.07.006](https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.006)

Lehrer, P. M., & Woolfolk, R. L. (1982). Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities. *Behavioral Assessment*. 4(2), 167–177.

Levaniemi, A., & Maaskola, N. (2019). " Kun käsistä tuli siivet": ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapiaintervention vaikuttavuus ja masennuskuntoutujien ruumiilliset muistot ryhmästä.

Lewis, H. B. (1987). The role of shame in depression over the life span. In H. B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation*, 29–50, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*, 58(3), 419-438.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2) 66-104. doi: [10.2307/3333827](https://doi.org/10.2307/3333827)

Margolese, S. K., Markiewicz, D., & Doyle, A. B. (2005). Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 637. doi: [10.1007/s10964-005-8952-2](https://doi.org/10.1007/s10964-005-8952-2)

McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M., Sussman, T., Lavoie, K. L., Strumpf, E., ... & de Raad, M. (2012). A feasibility study of a telephone-supported self-care intervention for depression among adults with a comorbid chronic physical illness in primary care. *Mental health in family medicine*, 9(4), 257.

Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.

Mills, L., & Daniluk, J. (2002). Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling and Development*, 80, 77–85. doi: [10.1002/j.1556-6678.2002.tb00169.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00169.x)

Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 128, 638–662. doi: [10.1037/0033-2909.128.4.638](https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.638)

Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844. doi: [10.1016/S0191-8869\(96\)00277-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00277-2)

Nahme-Huang, L., Singer, D. G., Singer, J. L., & Wheaton, A. B. (1977). Imaginative play training and perceptual-motor interventions with emotionally-disturbed hospitalized children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2), 238. doi: [10.1111/j.1939-0025.1977.tb00979.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1977.tb00979.x)

Papadopoulos, N. L., & Röhrich, F. (2014). An investigation into the application and processes of manualised group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(3), 167-180. doi: [10.1080/17432979.2013.847499](https://doi.org/10.1080/17432979.2013.847499)

Payne, H. (2003). *Dance movement therapy: Theory and practice*. Routledge.

Punkanen, M., Saarikallio, S., & Luck, G. (2014). Emotions in motion: short-term group form dance/movement therapy in the treatment of depression: a pilot study. *The arts in Psychotherapy*, 41(5), 493-497. doi: [10.1016/j.aip.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.001)

Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and individual differences*, 19(2), 235-241. doi: [10.1016/0191-8869\(95\)91936-T](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)91936-T)

Prior, V., Glaser, D., & FOCUS (Project). (2006). *Understanding Attachment and Attachment Disorders : Theory, Evidence and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tripartite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25(1), 39-55. doi: [10.1023/A:1025517232383](https://doi.org/10.1023/A:1025517232383)

Pylvänäinen, P., & Lappalainen, R. (2018). Change in body image among depressed adult outpatients after a dance movement therapy group treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 34-45. doi: [10.1016/j.aip.2017.10.006](https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.006)

Pylvänäinen, P. M., Muotka, J. S., & Lappalainen, R. (2015). A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontiers in psychology*, 6, 980. doi: [10.3389/fpsyg.2015.00980](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00980)

Richardson, J. T. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147. doi: [10.1016/j.edurev.2010.12.001](https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001)

Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 310. doi: [10.1037/0022-3514.70.2.310](https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.310)

Roberts, N. G. (2016). Embodying self: A dance/movement therapy approach to working with concealable stigmas. *American Journal of Dance Therapy*, 38(1), 63-80. doi: [10.1007/s10465-016-9212-6](https://doi.org/10.1007/s10465-016-9212-6)

Schmais, C. (1974). Dance therapy in perspective. *Focus on dance*, 7, 7-12.

Schmais C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *Am. J. Dance Ther.* 8, 17–36

Sharp, K., & Hewitt, J. (2014). Dance as an intervention for people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 445-456. doi: [10.1016/j.neubiorev.2014.09.009](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.009).

Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child development*, 64(5), 1439-1450. doi: [10.1111/j.1467-8624.1993.tb02962.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02962.x)

Sroufe, A. L., & Waters, E. (1977). Attachment as an Organizational Construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.

Stamoulos C., Trepanier L., Bourkas S., Bradley S., Stelmaszczyk K., Schwartzman D., et al. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. *J. Psychother. Integr.*, 26, 300–317. doi: 10.1037/a0040426

Tangney, J. P. E., & Fischer, K. W. (1995). “Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride.” *The idea for this volume grew out of 2 pivotal conferences. The 1st conference, on emotion and cognition in development, was held in Winter Park, CO, Sum 1985. The 2nd conference, on shame and other self-conscious emotions, was held in Asilomar, CA, Dec 1988.* Guilford Press.

The Standing Committee for the Arts Therapies Professions (1989). *ADMT Newsletter VIII* (4):18.

Trew, J.L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative Model. *Clinical psychology review*, 31(7), 1156-1168. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.007

Szanto, K., Dombrowski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Reynolds III, C. F., & Clark, L. (2012). Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 257-265. doi: 10.1097/JGP.0b013e31820eea0c.

Swallow, S. R., & Kuiper, N. A. (1988). Social comparison and negative self-evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8, 55–76. doi: 10.1016/0272-7358(88)90049-9

Swann, W. B. Jr. (1983) Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. In J Suls, AG Greenwald (Eds), *Social psychological perspectives on the self*, 2, 33–66. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Takahashi, H., Matsushima, K., & Kato, T. (2019). The Effectiveness of Dance/Movement Therapy Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Dance Therapy*, 41(1), 55-74. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00936

- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31, 1156–1168. doi: [10.1016/j.cpr.2011.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.007)
- Lee, T-C. (2014). Trilogy of Body Imaginary: Dance/Movement Therapy for a Psychiatric Patient with Depression, *The Arts in Psychotherapy*,41(4), 400-408. doi: [10.1016/j.aip.2014.07.006](https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.006)
- Wai, S. T., & Bond, A. J. (2004). The impact of depression on social skills: A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 260-268. doi: [10.1097/01.nmd.0000120884.60002.2b](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000120884.60002.2b)
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wasserman, D. (2011). *Depression*. OUP Oxford.
- Whiffen, V. E., Kallos-Lilly, A. V., & MacDonald, B. J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive therapy and research*, 25(5), 577-590. doi: [10.1023/A:1005557515597](https://doi.org/10.1023/A:1005557515597)
- World Health Organization (WHO). (2010). Depression. Haettu 11.10.2019 lähteestä http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/