

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Pylvänäinen, Päivi; Forsblom, Anita; Hyvönen, Katriina

Title: Masentuneen kehonkuva ja tanssi-liiketerapian vaikutus siihen

Year: 2019

Version: Published version

Copyright: © Kirjan tekijät, 2019

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Pylvänäinen, P., Forsblom, A., & Hyvönen, K. (2019). Masentuneen kehonkuva ja tanssi-liiketerapian vaikutus siihen. In J. Erkkilä, & M. E. Ylönen (Eds.), Ennen sanoja : pohdintoja ruumiillisuudesta (pp. 136-155). Eino Roiha -säätiö; Suomen Musiikkiterapiayhdistys ry.

MASENTUNEEN KEHONKUVA JA TANSSI- LIIKETERAPIAN VAIKUTUS SIIHEN

Tässä artikkelissa esittelemme, mitä tietoa meillä on masentuneiden potilaiden kehonkuvasta tanssi-liiketerapiatutkimuksen ja kehonkuvakyselyä (BIA) hyödyntäneen tutkimuksen perusteella.

Pyrimme kuvaamaan, mitä tiedämme näistä teemoista:

- millainen on masentuneen ihmisen kehonkuva
- millaisia kehomuistojen sisältöjä masentuneet potilaat kuvaavat osana kehonkuvaansa ja TLT-jakson jälkeen
- miten kehonkuva muuttuu ryhmämuotoisen lyhytterapeuttisen TLT-jakson myötä.

Näistä kertoessamme lukija saa myös kuvaa siitä, mitä tanssi-liiketerapiassa olija kokee.

Kehonkuvan käsite

Tanssi-liiketerapiassa (TLT) tulee esiin se todellisuus, että ihmisen keho on ihmiselle maailmassa olemisen ja toimimisen sija, ja että keho väistämättömästi on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Tanssi-liiketerapiassa tutkitaan ihmisen vuorovaikutusta ja suhdetta toisaalta ympäristöön ja toisiin ihmisiin, toisaalta itseen. Erityisesti huomioidaan sitä, miten tämä suhteessa oleminen ja vuorovaikutus tapahtuu ja viriää kehon tasolla. Tanssin moninaiset ilmaisun muodot, rytmisyys, liikelaadut ja kontakti toisen kanssa, sekä erilaiset kehotietoisuutta vahvistavat harjoitteet tuovat tanssi-liiketerapiassa toimintaympäristön, missä vuorovaikutusta päästään tutkimaan ja kokemaan nykyhetkessä.

Tanssi-liiketerapian sovellukset ovat monet, mutta oikeastaan aina tanssi-liiketerapian tapahtumissa ollaan ihmisen kehonkuvan äärellä. Kehonkuvalla tarkoitetaan ihmisen tuntemuksellista, emotionaalista ja psyykkistä suhdetta omaan kehoonsa (Grogan, 2008; Koch ym., 2013). Psyykkisellä tarkoitetaan tässä kehoon liittyviä ajatuksia ja uskomuksia, henkilön narratiivia omasta kokemuksestaan ja suhteestaan kehoon ja kehollisiin kokemuksiin. Kehonkuvan ytimessä ja alkujuurena on kuitenkin tuntemuksellinen ja liikkeellinen kokemus ja tapahtuma: fyysinen liike, fyysinen asento, kehollinen aktivoituminen tai tyyntyminen. Tämä liikkeellisyys on usein oleellisesti osa emotionaalista kokemusta ja sosiaalista vuorovaikutusta. On tärkeää ymmärtää, että kehonkuva on alkulähtökohtaisesti tuntemuksiin ja aistimuksiin perustuva. Keholla on kaksoisrooli, eli se on samanaikaisesti se, mikä aistii ja se, mitä aistitaan.

Vuorovaikutuksessa keho on suhteessa ympäristöön ja toisiin ihmisiin kolmenlaisesta positiosta: subjektina, objektina sekä toisia varten (Stanghellini, 2009). Subjektina keho on tietoinen omasta olemassaolostaan ja toimii itse. Sillä on toimijuutta, omaa kykyä ja taitojen valikoimaa vaikuttaa ympäristöön ja toimia siinä. Objektina keho on vastaanottaja, jolloin ympäristöstä tulee jotakin kehoon, keholle tehdään jotakin. Kun keho on toisia varten, olemme intersubjektiivisuuden maailmassa: toiminnan ja kokemuksen ytimessä on se, että kehona on toisia varten, ja on olemassa toisten kehoja, joihin on suhteessa - eli mitä tässä toisia varten olemisessa tapahtuu. Esimerkiksi äidin kohtu on sikiötä varten, syli on lasta tai rakastettua varten. Voimme haluta hankkia olemukseemme tiettyjä piirteitä toisia varten, miellyttääksemme tai tullaksemme hyväksytyiksi. Meillä on tietty setti sosiaalisia kehollistettuja käyttäytymisnormeja, kun olemme toisia varten sosiaalisissa rooleissa esim. vanhempina, tyttärinä tai poikina tai muunsukupuolisina, tai ammattissamme. Näidenkin kohtaamisten ydin kommunikoi keuhollisen virittymisen ja katseen kautta.

Kehonkuva on käsite, jolla tarkoitetaan monikerroksista kokonaisuutta, johon sisältyy sekä yksilön kokemus omasta kehostaan että sen suhteesta ympäristöön. Kehonkuvassa on kolme aspektia: olemusseikat, kehoitseys ja kehomuisti (Pylvänäinen, 2003; Pylvänäinen, 2018). Olemusseikkoihin sisältyvät mielikuvat ja arvostelmat omaan ulkonäköön ja kehoon liittyen. Kehoitseys (Chase, 1993; Dosamantes-Alperson 1981; Pallaro, 1996; Schilder, 1950) viittaa vuorovaikutuksessa olevaan kehoon: kehon sensorisiin, kinesteettisiin ja usein myös emotionaalisiin reaktioihin tilanteissa. Kehoitseys ilmenee nykyhetkessä kommunikaation ja toiminnan fyysisissä tuntemuksissa, liikkeissä, eleissä, vireystasossa, kehon jännittyneisyydessä ja vapautuneisuudessa. Yhteys kehoitseyteen on oleellinen perusta mielenterveydelle. Kehomuisti (Casey, 1987; Fuchs, 2012) on proseduraalista ja implisiittistä, kehollistettua muistamista, joka liittyy tottumuksiin, taitoihin, sosiaaliseen liittymiseen, kärsimiseen ja mielihyvään. Kehomuistoihin liittyy emootioita ja ne rakentavat yksilön kokemusta

omasta itsestä ja omasta elämästä. Kehomuistin sisällöt toimivat ennakoinnin perustana sekä nykyhetken tuntemusten arvioimisen taustana. Kehonkuvan kolmijäsennys olemusseikkoihin, kehoitseyteen ja kehomuistiin kokoaa dynaamisella tavalla yhteen sen, mitä kokemuksellisia merkityksiä keholla on, ja miten kehonkuva on vasta-
vuoroisella tavalla sidoksissa vuorovaikutukseen ympäristön kanssa.

Kehonkuvakysely

Kehonkuvan kolmijäsennyksen pohjalta on kehitetty kliiniseen käyttöön ja tutkimuskäyttöön kehonkuvakysely (Body Image Assessment, BIA, Pylvänäinen, 2018). Kehonkuvakysely toteutetaan potilasta henkilökohtaisesti haastatellen tai niin, että potilas vastaa kirjoittaen kyselyn seitsemään kysymykseen. Haastattelun kautta saadaan enemmän tietoa, kun terapeutti voi esittää täydentäviä kysymyksiä. Haastatteluun menee aikaa noin 45 minuuttia. Kun potilas vastaa kirjoittaen, vastaukset heijastavat pelkistetympin potilaan omaa spontaania tapaa käsitellä tällaisia kysymyksiä ja sanoittaa kehollisia kokemuksiaan.

Kehonkuvakyselyn (BIA) kysymykset kartoittavat potilaan käsitystä oman kehonsa ulkoisesta olemuksesta, eli hänen kehonkuvansa olemusseikkoja ja hänen kehoitseyttään siitä näkökulmasta, miten hän kokee kehossaan fyysisen toimimisen, vuorovaikutuksen toisten kanssa sekä yksin olemisen. Kehomuistia kartoitetaan sekä kärsimisen että mielihyvän näkökulmista. Laadullisen sisällön analyysin lisäksi on mahdollista pisteyttää kehonkuvakyselyn vastauksista kysymykset koskien ulkoista olemusta, fyysistä toimintaa, vuorovaikutustilanteita ja yksin olemisen kehollista perustunnelmaa. Pisteytys on kolmiportainen: negatiivisesta (0 p.) neutraalin (1 p.) kautta myönteiseen (2 p.). Teknisesti tällä pisteytystavalla vastausten kokonaispistemäärän vaihteluväli on 0-8.

Suomessa on tehty kolme tutkimusta, joissa on selvitelty kehonkuvan kokemuksellisista sisältöä. Taulukko 1 esittelee tiivistetysti nämä kolme tutkimusta. Kaikilla tutkimushenkilöillä oli lääkärin toteama masennus ja he olivat masennuksensa vuoksi hoitokontaktissa joko erikoissairaanhoidossa (Pylvänäisen tutkimukset, osa KELA-tutkimushankkeen tutkimushenkilöistä) tai perusterveydenhuollossa. Näissä tutkimuksissa kaikkiaan oli mukana 198 tutkimushenkilöä, ja miehiä tutkimushenkilöinä oli mukana alle 10. Useimmilla tutkimushenkilöillä masennusjaksoja oli ollut useampia tai masennus oli ollut pitkäkestoista. Potilaiden enemmistö käytti masennuksensa hoitoon myös mielialalääkitystä.

TAULUKKO 1. Esittely suomalaisista tutkimuksista, joissa on tutkittu masentuneiden henkilöiden kehonkuva.

	1	2	3
Tutkimuksen nimi	Kehomuisti osana kehonkuva	Kehonkuvan muutos masentuneilla potilailla avomielenterveys-palveluissa tarjotun TLT-ryhmän jälkeen	KELA-tutkimushanke: Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia masennuspotilaiden kuntoutuksessa
Julkaisu vuosi	2012	2018	2019
Tutkijat	Pylvänäinen	Pylvänäinen & Lappalainen	Pylvänäinen, Hyvönen, Forsblom & Lappalainen
Tutkimushenkilöiden määrä	8	21 (+ kontrolliryhmä 12 henkilöä)	157
Kohderyhmä	Masentuneet potilaat avomielenterveys-palvelujen psykiatrian poliklinikan tanssi-liiketerapia-ryhmässä	Masentuneet potilaat avomielenterveys-palvelujen psykiatrian poliklinikan tanssi-liiketerapiaryhmässä	Masentuneet potilaat, jotka olisivat myös kuntoutuspsykoterapian soveltuvia
Tutkimushenkilöiden ikä	20-59 v.	20-59 v.	18-64 v.
Tutkimusasetelma	Kuvaileva pilotti	Tutkimusryhmä sekä kontrolliryhmä, jonka psyykkistä oireilua kartoitettiin	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus kaikkien mittareiden osalta

Tutkimuskysymykset	<p>Ovatko kehonkuvan ja kehomuistin käsitteet käyttökelpoisia ja valideja, kun tutkitaan TLT-ryhmäläisten kehollisia kokemuksia ryhmässä?</p> <p>Miten tanssi-liiketerapia-ryhmässä kohdataan kehomuistin sisältöjä?</p>	<p>Millainen on masentuneiden potilaiden kehonkuva?</p> <p>Tuottaako TLT-jakso muutosta kehonkuvaan?</p> <p>Mikä on potilaiden kokemus TLT-jaksosta?</p> <p>Mikä TLT:ssä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa on heidän mielestään olennaista?</p>	<p>Ilmeneekö kehonkuva isommassakin aineistossa samankaltaisena kuin pienemmässä aineistossa?</p> <p>Mitkä ovat keskeiset piirteet masentuneiden potilaiden kehonkuvassa?</p> <p>Mitä kehomuistin sisällöistä ilmenee laajemmassa aineistossa?</p> <p>Millaisia muutostrendejä TLT-jakso tuottaa ryhmäläisten kehonkuvaan?</p>
TLT-ryhmäjakso	15 x 90 min 1 krt/vk	12 x 90 min 1 krt/vk	20 x 75 min 2 krt/vk
Tiedonkeruuvälineet	Ryhmäläisten kirjallinen palaute terapiajakson jälkeen, terapeutin muistiinpanot terapiaprosessista	<p>Kehonkuvakysely pre-, post- ja 3 kk seurantavaiheissa, ryhmäläisten kirjallinen palaute terapiajakson jälkeen.</p> <p>Lisäksi oiremittareita, joiden tulokset on esitelty toisessa julkaisussa.</p>	<p>Kehonkuvakysely pre-, post- ja 3 kk seurantavaiheissa, kontrolliryhmällä myös kontrollijakson alussa, ryhmäläisten kirjallinen palaute terapiajakson jälkeen.</p> <p>Lisäksi oiremittareita, joiden tuloksia ei käsitellä tässä artikkelissa.</p>

Kehonkuvan ulospäin havaittavia tyypillisyyksiä masennuksessa

Masentuneisiin potilaisiin liittyen on olemassa muutamia tanssi-liiketerapian tutkimuksia, joista on löydettävissä tietoa masentuneiden potilaiden kehonkuvasta, vaikka näissä tutkimuksissa kehonkuva sinällään ei olekaan ollut tutkimuskysymyksenä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ensisijaisesti on kuvattu, mitä ulkopuolinen havainnoija voi todeta masentuneelle potilaalle ominaisesta kehon asennosta ja liikelaadusta. Asennot ja kehon muodot kertovat nykyhetkessä kehoitseyden tuottamasta ilmaisusta, joka on myös kehomuistin sävyttämää. Papadopoulos & Röchricht (2014), Michalak ym. (2012) ja Punkanen ym. (2017) ovat maininneet tutkimushavaintojensa pohjalta seuraavat piirteet:

- painunut rintakehä
- kumarat hartiat
- kapea kehon muoto seisoessa tai kulkiessa
- katseen olemus sisäänpäin kääntynyt ja vuorovaikutuksesta vetäytyvä, katseen suunta alaspäin
- hengitys tyypillisesti pinnallista ja pääasiassa rintakehän yläosassa tapahtuvaa
- sidottu liikkeen virtaus on tyypillinen liikelaatu
- kävely: hitaampi tempo, niukemmat käsivarsien heilahdukset, korostunut ylävartalon huojunta sivusuunnassa askelta ottaessa, kehon vertikaalinen liikesuunta vähäisempää
- emotionaalisesti ilmaisevassa liikkeessä masennuspotilaille ominaista on liikkua hitaammin, tehdä vähemmän kiihtyviä liikefraaseja, käyttää suljetumpia eli vähemmän avoimia kehon asentoja, kaiken kaikkiaan liikettä on niukemmin kuin normaalivointisilla kontrollihenkilöillä.

Masentuneille potilaille tyypillisenä on kuvattu myös heikko kehotietoisuus, tuntemus ulkopuolisuudesta ja etäällä olemisesta suhteessa omaan kehoon, vaikeus löytää maadoittumisen kokemusta kehossa, sekä tuntemukset väsymyksestä ja kivusta (Papadopoulos & Röchricht, 2014; Stötter ym., 2013; Segal ym., 2002). Lisäksi masennuksesta kärsivät potilaat usein kuvasivat, että he kokevat sosiaalisissa tilanteissa omien rajojensa ja oman henkilökohtaisen tilan rajojen tulevan ylitetyiksi.

Kehonkuvan tavanomaisia sisältöjä masennuspotilaan kokemusmaailmassa

Kun tutkittiin (Pylvänäinen, 2018; Pylvänäinen & Lappalainen, 2018) kehonkuvan sisältöjä kehonkuvakyselyn (BIA) avulla psykiatrian poliklinikassa tanssi-liiketerapia-ryhmään tulevilta potilailta (N = 21), potilasaineistossa kehonkuvan piirteinä ennen TLT-jaksoa esiin tuli energian puute, kokemus että omalta (keholliselta) toiminnalta puuttuu suunta, toimijuuden kokemuksen heikkous sosiaalisissa tilanteissa, kipu, kehon kokemuksen osittuneisuus, niukka tietoisuus omasta kehosta ja vaikeus sanallistaa kehon tuntemuksia, vaikeus kokea rauhallista levollisuutta kehossa ja huoli lihavuudesta.

KELA-tutkimushankkeen isossa aineistossa (N = 157) kehonkuvan piirteet ilmenivät kehonkuvakyselyn (BIA) alkumittauksissa hyvin samantyyppisinä kuin edellä mainitussa pienemmän aineiston tutkimuksessa. KELA-tutkimushankkeen aineiston kehonkuvakyselyjä analysoitiin Atlas.ti -ohjelmiston avulla laadullisesti teemoittain luokitellen. Yhden kysymyksen vastauksessa ilmeni tyypillisesti useampaan luokitukseen liittyvää sisältöä. Kehonkuvakyselyn vastaukset myös pisteytettiin. Yksinkertaisesti tiivistäen tämän aineiston pohjalta voidaan todeta, että masennuspotilaiden kehonkuvassa oli niukasti positiivisia sisältöjä. Erityisen vähän niitä oli koskien kehon tuntemuksia sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa ja koskien oman kehon olemusta. Tässä aineistossa eniten positiivisia kokemuksia oli lähtökohtaisesti liittyen fyysiseen toimintaan ja kehon tuntemuksiin yksin ollessa.

Kehonkuvakyselyn vastausten laadullinen analyysi antaa yksityiskohtaisempaa kuvaa siitä, millaista tematiikkaa tutkimushenkilöt kokivat suhteessa omaan kehoonsa sekä kehonsa ollessa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Kun tarkastellaan kaikkien tutkimushenkilöiden vastauksia alkuhaastattelussa ennen TLT-ryhmää, keskeisimminkin tulee esiin kokemus, että kehon on raskas ja voimaton, ja kehon toimintakyky on huono (luokitusten määrä 169). Toinen keskeinen vaikean kehosuhteen ilmaus oli kokemus, että omaa kehoa inhoaa ja häpeää, ja usein tämä liittyi tutkimushenkilön kuvaamaan lihavuuteen (luokitusten määrä 105). Seitsemän vastaajaa mainitsi, että lihominen oli nimenomaan mielialan hoitoon käytetyn lääkityksen aiheuttamaa. Kehollisissa tuntemuksissa usein kuvautui, että kehonsa kanssa ei ole sinut, oma keho ei tunnu hyvältä (luokitusten määrä 89). Vuorovaikutustilanteista tutkimushenkilöt kuvasivat usein pohdintoja siitä, mitä toiset ajattelevat itsestä, omasta kehosta, omasta toiminnasta ja rooleista, joita ottaa (luokitusten määrä 76). Toisaalta, alkuhaastatteluissa tutkimushenkilöt myös kuvasivat kokemusta, että oma keho on hyvä (luokitusten määrä 153) ja että kehossa tuntee rauhaa ja vapautta (luokitusten määrä 39).

Kehomuistin sisällöt masentuneiden potilaiden kehonkuvassa

Kehomuisti on oma kiinnostava osatekijänsä kehonkuvassa ja se tuo tärkeää tietoa masentuneen potilaan kokemusmaailmasta. Käytettävissä olevien kolmen suomalaisen tutkimuksen pohjalta tiedämme jotakin siitä, mikä kehomuistin sisällöissä on masennuspotilaille ominaista, miten kehomuistin sisältöjä TLT-työskentelyssä kohdataan ja millaisia uusia kehomuistoja TLT-ryhmäjakso osallistujille tuottaa.

Psykiatrian poliklinikassa TLT-ryhmiin tulevilla masennuspotilailla ilmeni kehonkuvakyselyssä (BIA) kehomuistoja traumaattisista kokemuksista. Traumaattisina kokemuksina mainittiin lapsuuden vaikeat olosuhteet: kaltoinkohtelu tai hyväksikäyttö, perheenjäsenen kuolema ja kiusatuksi tuleminen (Pylvänäinen & Lappalainen, 2018). KELA-tutkimushankkeessa isommalla aineistolla tehdyssä kehonkuvakyselyssä (BIA) vastaukset kehomuistia koskeviin kysymyksiin antoivat laajemmin tietoa masennuksesta kärsivien potilaiden kokemusmaailmasta ja elämänhistoriasta sekä toivat näkökulmaa kehollisiin toimintamalleihin ja ennakointeihin, joita potilas on niiden kautta omaksunut. Kehomuistiin liittyen kysyttiin kärsimiseen liittyviä muistoja ja mielihyvään liittyviä muistoja. Kärsimisen teemoista kolme toistuvat eniten kärsimistä aiheuttavina:

- negatiivinen ylivireystila: säikkyminen, pelkotilat, varuillaanolo
- lähisuhdeväkivalta: lapsuudessa tai parisuhteessa
- fyysisen terveyden ongelmat: ikävät sairaalakokemukset synnytyksiin liittyen tai muuten

Lisäksi kärsimiseen liittyvissä muistoissa kuvattiin fyysisen kivun tuntemuksia, seksuaalista väkivaltaa lapsena tai nuorena koettuna sekä alivireystilaa. Häpeä omaan kehoon liittyen oli usein kärsimisen muistojen sisältönä: liian lihava tai laiha, rumuuden kokemus, pelko muiden kommenteista ulkomuodon suhteen.

Mielihyvän kehomuistot liittyvät eniten liikkumiseen ja fyysiseen toimintaan, esim. tanssiin tai uimiseen, luonnossa olemiseen tai eläinten kanssa toimimiseen. Kehon mielihyvän kokemuksena kerrottiin rentoutumisesta mm. saunomisen tai hieronnan myötä. Fyysinen läheisyys ja halaukset olivat mielihyvän muistoissa mukana, ja kehollinen aistimuksellisuus yleisemminkin. Mielihyvän kehomuistot liittyivät usein kokemuksiin ja tilanteisiin, joissa oli ollut yhdessä kumppanin tai lasten kanssa.

Miten kehomuistin sisällöt tulevat kohdatuiksi TLT-ryhmässä? Pylvänäinen (2012, 2018) tutki kehonkuvaan liittyen nimenomaan kehomuistin sisältöjä yhden TLT-ryhmän yhteydessä (15x90min, N = 8). Kehomuistin sisällöt pulpahtelivat toimintatilanteissa esiin hienovaraisella tavalla, omaehtoisesti, tilanteen ärsykkeiden herättäminä. Kehomuistiin liittyvää materiaalia oli mahdollista kokea ja kohdata liikemuotojen

kautta, kun esim. kieriminen olikin ryhmäläiselle lapsuudesta tuttu liike. Kehomuistot aktivoituivat liikelaatujen kautta, jolloin esim. liikkeen nopeus toi muiston, miten nopeus oli selviytymiskeinona aiemmassa ihmissuhteessa. Ryhmässä virinneet vuorovaikutukselliset ja liikkeelliset reaktiot saattoivat toisintaa kehomuistoja, esim. liikkeellistä muistoa siitä, kuinka oman nopeuden säätelyminen oli keino mukautua toisen toimintaan tai odotuksiin. Potilaat tavoittivat kehomuistinsa sisältöjä myös, kun he kertoivat kehollisista aistimuksistaan ja tunteistaan, puhuessaan eletyistä kokemuksista.

Kehoitus ja kehomuisti ovat laajasti yhteydessä toisiinsa, mikä heijastuu myös totunnaisina kehollisina tapoina aistia, käyttää omaa kehoa, asettua itseensä ja omaan tunnetilaan. Tämä tuli ilmi myös TLT-ryhmän prosessin aikana (Pylvänäinen, 2012). Terapiaprosessin aikana potilaat huomasivat omia vuorovaikutuksellisia tyypillisyyksiään, totunnaisia kehollistettuja sosiaalisia roolejaan ja tulivat näistä tietoisemmiksi. Kehomuistin ja kehoituksen yhteiskudelman on mm. se, miten vuorovaikutustilanteessa vetäytyy tai tulee mukaan kohtaamiseen, tai miten ilmaisee tunteita. Tähän liittyen ryhmässä tuli esiin seuraavia teemoja:

- kehon jännitteisyyden helpottuminen, kun tunnetilojen jännitteitä sai vapautettua
- oman kehon tuntemusten ja jännitteiden tunnistamistaidon kehittämisen tarve ja halu
- taipumus huomioida enemmän kehon vaivoja ja epämiellyttäviä tuntemuksia kuin neutraaleja tai positiivisia tuntemuksia
- pyrkimys välttää surun tai kyynelten näyttämistä toisille
- sosiaalisessa tilanteessa johtajana esiin tulemisen välttäminen
- taipumus tuntea sosiaalisissa tilanteissa jännittyneisyyttä
- vaikeus liikkua silloin kun toiset näkevät itsen
- tarve opetella huomioimaan itseä silloinkin, kun toiset ovat ympärillä

Ryhmän koko oli pieni, joten näitä teemoja ei voi yleistää kaikille masentuneille potilaille ominaisiksi kehonkuvan sisällöiksi. Kliininen kokemus on osoittanut kuitenkin, että tämäntyyppistä tematiikkaa masentuneilla potilailla hyvin usein on.

KELA-tutkimushankkeen aineistossa yhtenä palautekysymyksenä tutkimushenkilöitä pyydettiin kirjoittamaan kuvailemaan joku kehollinen muisto TLT-ryhmästä. Tämä kysymys avaa näkymää siihen, miten uusia kehomuistoja syntyy. Tutkimushenkilöiden vastauksissa kuvautuu liikeharjoitteiden tuomia elämyksellisyyden muistoja, jotka ovat liittyneet liikelaatuun, kehon käyttämisen tapaan, omaan tunnetilaan tai siihen, miten on kokenut vuorovaikutuksen toisten kanssa.

Monet kuvasivat muistonaan pehmeää, rauhallista ja kehoa kuuntelevaa levollista liikettä. Maadoitus, juurtuminen ja kannattelu tulivat liikkeellisinä ja tuntemuksillisina kokemuksina mainituiksi useasti. Hengityksen virtauksen aistiminen mainittiin. Rentoutumisen kokemuksia kerrottiin kehollisena muistona ryhmästä. Vastajat toivat esiin, että rentoutta ei yleensä ole helppo kodin ulkopuolella tavoittaa, tai että olo ryhmään tullessa oli ollut väsynyt, mutta ryhmän jälkeen kehollinen olotila oli rentoutunut. Rentouden ja hyvänolon muistoja oli tuottanut myös liikkuminen, jossa mukana oli ollut luontoteema, esim. kun harjoitteen ideana oli liikkua kuin vesikasvi.

Toisaalta myös mahdollisuus voimakkaampaan liikkeeseen, voimatanssi, oli ollut ryhmäläisten kokemuksiin myönteisen muiston jättävä. Usein keholliseksi muistoksi oli tullut kohtaaminen toisen kanssa: oman liikkeen heijastetuksi tuleminen, rohkaistuksi tuleminen, mahdollisuus asettua kontaktissa toisen kanssa.

Näistä vastauksista voi hahmottaa ilmiön, että TLT-ryhmässä osallistujien kehomuistiin oli syntynyt toisaalta muistoja levollisuudesta, jota kehossa oli voinut turvallisuuden tilassa kokea ja toisaalta muistoja liikkuvuudesta, jota kehossa oli voinut turvallisuuden tilassa kokea. Lisäksi ryhmäläiset kuvasivat kehollisia kokemuksia, että oli tuntenut olevansa kehossaan kannateltu ja juurtunut. Nämä kolme toimintatilaa, 1) liikkuvuus turvallisuudessa, 2) levollisuus turvallisuudessa sekä 3) kokemus turvallisesta koostuneisuudesta ja vastavuoroisuudesta ovat ihmisen kehossa ja hermostossa ne toimintatilat, jotka edistävät sosiaalisen liittymisen käyttäytymisjärjestelmän aktivoitumista (Gray & Porges, 2016).

TLT-ryhmästä muistoina mainitaan myös emotion herättäneitä kohtia, kun oli liikuttunut oman tunnekokemuksensa kohtaamisesta tai omien asioidensa käsittelemisestä liikkeen kautta. Esim. menneisyys-nykyhetki-tulevaisuus -liikedarjoite oli herättänyt tällaista, samoin liikkuminen kontaktissa seinää vasten. Useimpien muisto oli sisällöltään positiivinen: elämyksellinen, mielihyväsävyinen, energisoitunut, rauhoittunut tai juurtunut. Muutamissa muistoissa viitattiin ahdistukseen, tärinä terapiakerran jälkeen ja itkuun. Tosin tällaisessa voimakkaassa tunnetilassa, kuten esim. itku, ryhmäläiselle merkittävä muisto oli myös se, että ryhmä tuli spontaanisti lohduttamaan ja tukemaan häntä. Näissä muistoissa heijastuu, että TLT-työskentely voi aktivoida kehossa sekä turvallisina koettuja tuntemuksia että uhan ja pelon tuntemuksia. Kokemus niiden säätelystä joko omin keinoin tai toisilta saadun kohtaavan yhteyden kautta muovaa yksilön käsitystä siitä, miten kehonsa tuntemusten kanssa voi tulla toimeen. Tämä osaltaan muovaa itsessä ja omassa kehossa koettua turvallisuuden tunnetta.

Se, että näitä kehollisia muistoja TLT-ryhmästä 10 viikon jakson jälkeen muistettiin ja kuvailtiin, tarkoittaa, että nämä keholliset kokemukset olivat tulleet niin tiedostetuiksi ja tunnistetuiksi, että niitä oli mahdollista sanallisesti kuvailla. Osa ryhmäläisistä kuvasi muistonaan nimenomaan kokemusta tiedostamisesta: ryhmässä oli

tiedostanut jotakin itsestään ja minuudestaan, kehosta ja tilasta itsen ympärillä. Tiedostaminen tekee kehomuistin ja kehonkuvan yksilölle selkeämmin tunnetuksi ja voi siten vahvistaa yhteyttä itsen ja tuoda itseyttä siihen, kuinka on suhteessa ympäristöön.

Kehonkuvan muutos ryhmämuotoisen tanssi-liiketerapia -jakson myötä

Pylvänäisen ja Lappalaisen (2018) tutkimuksessa oli mahdollista saada tietoa siitä, miten potilaat (N = 21) kokivat TLT-jakson muuttavan heidän kehollista kokemustaan, eli millaista muutosta TLT näytti tuottavan kehonkuvan kokonaisuuteen. Kehonkuvan kyselyssä TLT-jakson jälkeen sanoitettiin sekä kielteisiä että myönteisiä kehonkuvan sisältöjä. Edelleen potilaat usein totesivat kehon ulkoisesta olemuksesta ylipainon, raskauden ja jännittyneisyyden. Myönteisinä kokemuksina kehon olemuksesta kuvattiin kehon liikkuvuudesta nauttimista, kehon voimasta nauttimista, sekä tuntemusta, että oma kehollinen olo on tasapainoinen ja terve. Fyysisen toiminnan potilaat toisaalta kokivat raskaana voimattomuuden ja aloittamisen vaikeuden vuoksi. Toisaalta myönteisinä fyysisen toimimisen kokemuksina potilaat kuvasivat liikkumisen nautintoa ja helppoutta, fyysisestä toimijuudesta nauttimista (esim. puutarhatöissä), liikkumisen tuomia innostumisen ja elinvoimaisuuden tuntemuksia. TLT-jakson jälkeen vastauksissa siihen, millaisia kehollisia tuntemuksia vuorovaikutustilanteet herättävät, potilaiden vastauksissa oli havaittavissa skaala jännittyneisyydestä kehon huomioimattomuuteen ja edelleen tuntemukseen mukavuudesta ja rentoudesta. Vastauksissaan potilaat usein huomioivat eron, oliko vuorovaikutustilanteessa tekemisissä tutun vai vieraan ihmisen kanssa, ja korostuneesti kuvautui se, miten vieraiden henkilöiden kanssa toimiminen herätti jännittymisen tuntemuksia kehossa. Myös vastaukset, joissa kuvattiin kehollisia tuntemuksia yksin olemisen tilanteista, toivat esiin skaalan, joka vaihteli pelokkaasta, hermostuneesta ja levottomasta miellyttävään, vapautuneeseen, rentoutuneeseen ja onnelliseen. Monet huomioivat oman kehollisen perustuntemuksensa olevan vaihteleva; vaihtelu oli sidoksissa tilanteeseen ja saattoi tapahtua nopeastikin. Suhteessa omaan kehoonsa potilaat kuvasivat TLT-jakson jälkeen tärkeinä asioina terveyttä, harmoniaa ja ystävällisen kiinnostunutta asennoitumista omaa kehoa kohtaan.

Pylvänäisen & Lappalaisen (2018) tutkimuksessa kehonkuvakyselyn vastaukset myös pisteytettiin. Alkumittauksessa tämän aineiston kokonaispistemäärän keskiarvo oli 1.67 ja TLT-jakson jälkeen 4.22. Tämä muutos oli tilastollisesti merkitsevä, ja muutoksen efektikoko mittauskertojen välillä oli 0.91, eli vahva. Tämän saman potilasryhmän psyykkistä vointia ja oireilua tutkimusjakson aikana oli mitattu myös itsearviointikyselyillä (BDI, SCL-90, HADS ja CORE-OM) (Pylvänäinen ym., 2015)

tilastollinen analyysi osoitti, että myönteinen kehonkuvanmuutos selitti 33% oiremittareiden pistemäärien myönteisestä muutoksesta. Kun kehonkuva muuttui myönteisemmäksi, se ennusti matalampia oiremittareiden pistemääriä seurantakyselyn vastauksissa 3 kk TLT-jakson jälkeen.

Kirjallisissa palautteissa, joita potilaat antoivat omista kokemuksistaan TLT-jaksosta, kuvautui myös muutoksia kehollisessa olotilassa (Pylvänäinen & Lappalainen, 2018). Potilaat kertoivat kokevansa vähemmän univaikeuksia ja olevansa vähemmän ahdistuneita. He kertoivat aktiivisuustasonsa nousseen, mikä oli myönteisenä koettu muutos, ja havainnoivat omaan kehoaan myönteisemmällä tavalla. Potilaat toivat esiin, että turvallisuuden tuntemus oli vahvistunut. He tunnistivat itsensä ja oman olotilansa paremmin: kokivat löytävänsä itsensä, huomaavan fyysisiä tuntemuksiaan ja niiden vaikutuksia itsen, olivat alkaneet luottaa kehoonsa enemmän ja käyttivät havaintoja omasta kehostaan oman toimintansa säätelyssä apuna. Vuorovaikutus toisten kanssa oli parantunut: toisia sieti paremmin, uskalsi lähestyä toisia helpommin ja olla aktiivisemmalla tavalla mukana vuorovaikutuksessa. Ryhmäläiset toivat esiin myös ryhmässä koetun vertaistuen tärkeyden. Kun tulee hyväksyvällä ja ymmärtävällä tavalla kohdatuksi vuorovaikutustilanteissa, myös itsen sisällä alkaa tulla mahdollisemmaksi suhtautua hyväksyvästi ja ymmärtävästi omaan kehoon ja omaan tilanteeseen.

Kun KELA-tutkimushankkeen koko aineistossa (N = 157) tarkasteltiin kehonkuvakyselyn vastauksia sen jälkeen, kun tutkittavat olivat saaneet TLT-intervention, kehonkuvan myönteisyys oli vahvistunut, eli keskiarvot kyselyn pisteytettyihin kysymyksiin nousivat. Kuten tutkimusjakson alkaessa, myös intervention jälkeen ja 3 kk seurannassa eniten myönteistä oli siinä, miten kokee kehonsa yksin ollessaan ja fyysisen toimimisen. Keskiarvojen perusteella aineiston yleiskuva intervention ja seurannan päättyessä oli se, että masentuneiden potilaiden kehonkuva alkoi olla neutraali, eli tutkimushenkilöt tunnistivat kehonkuvansa sisällöistä sekä myönteisiä että negatiivisia sisältöjä, tai vastaus oli itsessään sisällöltään neutraali, vailla arvotusta myönteiseen tai negatiiviseen. Kun alkumittauksien yleiskuva oli se, että havainnot omaan kehoon liittyen olivat korostuneesti negatiivisia, tämä oli suotuisa kehityssuunta.

KELA-tutkimushankkeen kehonkuvakyselyvastauksissa TLT-intervention jälkeen kaikkien tutkimushenkilöiden vastauksia laadullisesti tarkastellessa keskeisimmin nousee esiin kokemus, että oma keho on hyvä (luokitusten määrä 154). Kehossa koetun rauhan ja vapauden kokemus oli säilynyt (luokitusten määrä 41). Kuitenkin, edelleen vahvana oli kokemus, että keho on raskas, voimaton ja heikolla toimintakyvyllä (luokitusten määrä 113). Kehoa inhottiin ja hävettiin, edelleen usein lihavuuden vuoksi, mutta luokitusten määrä oli kuitenkin lähes puolet vähemmän kuin alkumittauksessa (53 kpl). Vastaavan suuntaisesti myös tuntemukset, ettei ole sinut kehonsa kanssa tai että keho ei tunnu hyvältä, olivat vähentyneet radikaalisti (luokitusten määrä 31).

Ahdistavuus kehon reaktioissa oli vähentynyt (alkumittauksessa luokitusten määrä oli 36, jälkimittauksessa 10).

Hyvin mielenkiintoinen dynamiikka oli havaittavissa siinä, miten tutkimushenkilöt kuvasivat tietoisuuttaan kehon tuntemuksista. Alkumittauksessa 31 vastausta oli luokiteltu kokemukseksi, ettei kehonsa tuntemuksia tunnista, ei aisti, ei ole niihin yhteydessä tai dissosioi itsensä niistä. Jälkimittauksessa 45 vastausta oli tämän sisältöisiä. Eli terapiajakson jälkeen tutkimushenkilöt olivat ikään kuin vähemmän huomioivia kehonsa suhteen.

TAULUKKO 2. Esimerkkivastauksia teemasta ”ei tunnista, ei aisti, ei yhteyttä, dissosioi” koko aineistosta alkuhaastattelusta, jälkimittauksesta sekä seurantamittauksesta.

Alkuhaastattelu	Jälkimittaus ryhmän päätyttyä	Seurantamittaus 3 kk jälkeen
<p>- Keho on irrallinen. Tuntemukset, kuten nälkä ja kipu, ne kuuluu sammuttaa mahdollisimman pian. Keho ei ansaitse mitään luksusta.</p> <p>- Dissosioin toisinaan ja poistun kehostani.</p> <p>- Jos liikaa rupee miettimään kehoa tai on huono olo kehosta, sellainen olo voi olla, että kiristää tai on jäykkää.</p> <p>- Vaikea sanoa, koska en ole tietoisesti ajatellut sitä.</p> <p>- Aika neutraali sekin, en kiinnitä siihen huomiota, ihan ku se ei olis olemassa periaatteessa.</p> <p>- En koe kehossa mitään kohdatessa ihmisiä tai ainakin se tapahtuu todella harvoin. Tapaan työkseni ihmisiä.</p>	<p>- Joskus unohtan kehoni, kun olen ystävien kanssa ja on hauskaa.</p> <p>- En ole hirveän tietoinen kehostani silloin, kun olen mukavien ihmisten seurassa. Ainoastaan silloin, jos huomio kiinnittyy jotenkin kehoon ja siihen, mitä sillä teen.</p> <p>- Unohtan kehoni. En ajattele sen kummemmin kehoani. Minä olen täällä kropan sisällä.</p> <p>- Joskus epämurkavassa tilanteessa saatan unohtaa kehoillisuuden ja vajota ajatuksiin helposti.</p> <p>- Kehon kuuntelu helposti jää ja kehoillisuudelle ei ole paljon tilaa.</p>	<p>- Läheisten kanssa en huomaa kehossa mitään, mutta ahdistavissa tilanteissa vetäydyn kasaan.</p> <p>- Normaalisti ei ole eikä tule mitään jännitystilajoja tai vastaavia.</p> <p>- Ihan ok. Ei mitään erikoisia tuntemuksia, ei mitään häiritsevää.</p> <p>- Ei sen kummempaa.</p> <p>- En yleensä kiinnitä kehooni kauheasti huomiota, vaan keskityn asiaan, josta puhutaan tai tekstiin, jota kirjoitan. Välillä saatan huomata, että istun lytyssä, silloin korjaan asentoa.</p>

<p>- En mä ajattele sitä hirveästi. En ole koskaan pysähtynyt ajattelemaan. Mutta kun ajattelen, niin tarvitsen oman tilan. Käden asento on, että älkää tulko lähelle.</p> <p>- Ai kauhee. En mä ajattele sitä ollenkaan. Muuten kuin jos on koneella, niin huomaa huonon asennon. En kiinnitä mitään huomioo.</p> <p>- Hmm, se riippuu. En tietoisesti koe kehoani mitenkään. Riippuu tosin, jos siihen liittyy tunnetiloja.</p>	<p>- En ajattele kehontuntemuksia kovinkaan usein.</p>	<p>- Tavallisesti en huomioi kehossani mitään erityistä. Mielestäni olen luonteva toisten seurassa.</p> <p>- En ole mielestäni kokenut kehollisesti enää aikoihin mitään, mihin kiinnittäisin tietoisesti huomiota.</p>
---	--	---

Vastauksissa kuvautuu taipumus siihen, että spontaanisti kehoaan ei juuri havainnoi eikä huomioi. Kehoon kiinnittää huomiota, kun tilanne on tukala, eli kehon huomioiminen linkittyy negatiivisesti koettuun tilanteeseen. Hankalissa tilanteissa kehon huomioimattomuus voi joillakin henkilöillä olla myös selviytymiskeino, vajotaankin ajatuksiin tai dissosioidaan. Hyvät hetket ovat tuntemuksia herättämättöminä. Voikin siis olla vastaajan kokemuksessa itse asiassa positiivinen asia se, jos ei ole aikoihin kokenut mitään, mihin kiinnittäisi tietoisesti huomiota. Kehon informaation tietoisessa hyödyntämisessä ja itseen yhteydessä olemisessä tämä käytännössä näyttää tarkoittavan kuitenkin, että positiivisena koetaan se, kun informaatioon ei olla tietoisesti yhteydessä. Se voi altistaa sille, että yhteys omiin tuntemuksiin haperoituu, tai yhteys tapahtuu automatisoituna, totunnaisten toimintamallien kautta. Tämä voi altistaa myönteisen aistimuksellisuuden vähenemiselle. Toisaalta on myös niin, että mm. liikumisen tai toiminnan huippuhetkistä tiedetään, että niissä on niin yhtä tilanteen kanssa, ettei koe itse tietoisesti ohjaavansa toimintaa, vaan toiminta tapahtuu vahvasti kehon ohjaamana, lihasmuistista, kehon tiedon pohjalta. Masentuneen potilaan voinnin kohenemisen kannalta siis tämä kehon huomioimattomuus on ilmiö, jonka vaikutus voi olla rakentava tai se voi olla haitallinen. Ehkä hyödyllisintä olisi olla tietoinen tästä dynamiikasta ja tietoisesti kehittää taitoa olla tiedostava kehollisesti neutraaleista tai myönteisistäkin tilanteista, aistia niitä avoimesti. Kehollisesti neutraalit tilanteet voivat olla tunnistettavissa liikelaatuina, eleinä, kehon asentoina tai hengityksen muutoksina, jos

henkilö osaa näihin tietoisesti kiinnittää huomiota. Kehonsa toimintaa voi tiedostaa toimintana ja tuntoaistin tuntemuksia informaationa – vastaavalla tavalla kuin näkö- tai kuulohavainnotkin voivat olla meille neutraalia informaatiota, eivätkä välttämättä vahvoja tai selkeitä tunnereaktioita herättäviä ärsykejä. Kun TLT-jakson jälkeen KELA-tutkimushankkeen tutkimushenkilöiltä kysyttiin palautekyselyssä heidän alkuperäisiä odotuksiaan TLT-ryhmää kohtaan, monet nimesivät yhtenä odotuksenaan kehotietoisuuden lisäämisen, kehon ja mielen yhteyden tunnistamisen kehittämisen. Konkreettisesti se tarkoittaa tietoisempaa ja joustavampaa taitoa havainnoida kehon tuntemuksia toimintatilanteissa. Kehonkuvakyselyn vastaukset jälki- ja seuranta-mittauksissa osoittavat, että sen muuttaminen, miten on yhteydessä kehollisiin tuntemuksiinsa, ei omasta asenteesta tai tahdosta huolimatta ole välttämättä nopeasti tai yksioikoisesti muutettavissa.

Toinen kiinnostava ilmiö kehonkuvakyselyjen aineistossa oli se, missä määrin ja millaisin tavoin tutkimushenkilöt vastauksissaan kuvasivat pohdintoja siitä, mitä toiset ajattelevat heistä, heidän kehostaan tai heidän toiminnastaan. Tämä tematiikka nousi esiin kysyttäessä, miten kehossaan kokee vuorovaikutustilanteet toisten kanssa. Alkuhaastattelussa tähän teemaan liittyvien luokitusten määrä oli yhteensä 72 koko aineistossa. Vastauksissa pohditaan sosiaalisen vuorovaikutuksen rooleja: onko puhelias vai jutustelua välttävä, vetäytyvä tai sivuun jäävä, huomioidaan eroja omissa reaktioissa riippuen siitä keiden kanssa vuorovaikuttaa. Mainitaan, että vuorovaikutusta ei oikeastaan ole, on hyvin vähän ihmisten kanssa tekemisissä. Usein läheisiä päästetään lähemmäs, mutta esiin nousee myös ilmiö, että juuri perheenjäsenten kanssa onkin jännittyneisyyttä ja ennakoidaan hankalia asioita vuorovaikutukseen. Tutkimushenkilöt kertovat rooleista: esittää reipasta, muovataan huoliteltu olemus suunniteltuihin tapaamisiin. Vieraiden tai sosiaaliselta statukseltaan vahvemmaksi koettujen seurassa vetäydytään tai jännitytään. ”Muille kelpaavuus liittyy kehoon”, oli yhden tutkimushenkilön ilmaisu kokemuksestaan. Tulee esiin, että toisten katse koetaan vaikeaksi: se havahduttaa huomaamaan itsen tai on kokemus, että katse arvioi ja arvostelee, katse herättää epämuukavan tietoisuuden itsestä. Epämuukava kokemus toisen katseesta liittyy usein myös lihavuuteen. Koetaan, että katse takertuu oman kehon suureksi koettuun muotoon ja painoon. Vastaukset kiertyvät usein ajatteluun:

- ”Yritän olla ajattelematta, mitä muut ajattelevat, mutta se ei ole onnistunut. Olen itseni pahin vihollinen. Sanat satuttavat paljon ja yritän itse olla julma itselleni ennen kuin muut ehtivät.”
- ”Varuillaan, mietin mitä toiset ajattelevat, mitä he vaativat minulta. En osaa olla rennosti, paitsi perheen kesken. Ristiriita, omien toiveiden ja toisten toiveiden kanssa. Tunne, että en jaksa enää ymmärtää toisia, kannan taakkaa. Aistin herkästi toisia.”

- ”Kehon on useimmiten ihan hyvä olla, että mielessä alkaa pyöriä enemmän.”

Kun vertaa näitä vastaussisältöjä siihen, miten alkuhaastattelussa tutkimushenkilöt kertovat vuorovaikutuksen positiivisista kehollisista kokemuksista, huomion arvoista on, että myönteisissä kokemuksissa ei viitata ajatteluun, ennakointiin eikä arvosteluun. Sen sijaan vastaajat kertovat mukavista ja rennoista tuntemuksista, mielihyvästä ja ilosta, voimaantumisesta, läheisyydestä, sosiaalisuudesta ja tykkäämisestä. Näitä positiivisten sisältöjen luokituksia oli koko aineistossa alkuhaastattelussa yhteensä 44.

Intervention jälkeen ja seurantakyselyssä 3 kuukautta myöhemmin tutkimushenkilöt kuvaavat edelleen sitä, että vuorovaikutustilanteissa miettii, miltä näyttää, mitä tekee, ja että paljon vaikuttaa se, keiden kanssa tilanteissa on. Esimerkiksi:

- ”Mitä vieraampia ihmisiä, sen vieraannuttavampaa.”
- ”Toiset ihmiset vaikuttavat voimakkaasti kehoni tuntemuksiin. Jännityn tai rentoudun toisten seurassa riippuen siitä, miten itse koen toisen ihmisen. Jos olen tekemisissä ihmisen kanssa, joka tuntuu jotenkin epämiellyttävältä, koen sen kehossani voimakkaana jännityksenä.”
- ”Riippuen henkilöstä saatan jännittyä ja mennä ilmeettömäksi tai olla vain tietoinen liikkeistäni.”
- ”Mietin paljon huomaamattani, mitä muut ajattelevat ulkonäöstäni. Kehoni on monesti jännittynyt ja olen stressaantunut vuorovaikutustilanteissa erityisesti silloin, kun olen epävarma itsestäni.”
- ”Osaan nyt pyytää esim. kumppania koskettamaan itseäni hellemmin tai pitämään kiinni lujemmin riippuen siitä, mitä keho kaipaa. Toisinaan huomaan edelleen vaivaannuttavaa tunnetta omasta olemassaolosta toisten seurassa, mutta osaan tehdä asialle jotain keskittymällä itseän sisäältä päin, aistimalla itseni.”

Muutosuunta tutkimusaineistossa on se, että tämän teeman sisältäviä vastauksia ilmenee huomattavasti vähemmän kuin tutkimusjakson alussa: koko aineistossa luokitusten määrä intervention jälkeen on 31 ja seurantakyselyssä 22. Kehonkuva-kyselyn vastaukset eivät kerro yksiselitteisesti, mistä muutos voi johtua. Viimeisin esimerkki, jossa tutkimushenkilö kertoo oppineensa taitoja, joilla vaikuttaa keholliseen olotilaansa sosiaalisissa tilanteissa itseä sisäältä päin aistimalla, vaikuttaa relevantilta. On mahdollista, että TLT-interventio opettaa osallistujille juuri tätä itsen havainnointitaitoa, jota voi käyttää itsen tueksi, samalla, kun ryhmä tarjoaa lisäksi mahdollisuuden myönteisiin ja hyväksyviin sosiaalisiin kokemuksiin vertaisryhmässä. Tämä voi toimia siedätyksenä tai tuoda kokemuksia paremman tuntuista vuorovaikutustilanteista.

KELA-tutkimushankkeessa oletuksemme oli, että kehonkuvassa kehomuistin sisällöt eivät juurikaan muuttuisi. Ajattelimme, että osallistujien vanhat kehomuistot eivät lyhytterapeutin TLT-jakson vaikutuksesta muuttuisi, koska ne ovat elettyä elämää, menneisyyttä. Oletimme, että 10 viikon terapiajakso ei ehtisi tuottaa vahvasti juurtuneita uusia kehomuistoja, koska toistokertoja siinä ajassa ehtii olla niin vähän. Toisaalta, vahva elämyksellisyys ja kokemuksellisuus voi jättää jo yhdestäkin kerrasta kestävästi muiston kehoon. Tämä tiedetään ikävässä kontekstissa traumakokemuksista, mutta myös valtavan mielihyväiset kokemukset tai syvästi esim. henkisyudessa tai ihmisten välisessä kohtaamisessa koskettavat tilanteet voivat kertaluontoisinakin jäädä kehoon ja muistiin. Tutkimusaineistossamme tuli esiin, että mielihyvän muistoissa tapahtui muutosta siten, että aistimuksellisuus muistojen kerrottuna sisältönä kehonkuvakyselyssä lisääntyi intervention jälkeen. Siinä, miten tutkimushenkilöt kertoivat kärsimiseen liittyvistä muistoistaan, havaittiin, että intervention jälkeen fyysisen terveyden ongelmat eivät enää nousseet niin paljon esiin, ei myöskään lähisuhdeväkivalta eikä seksuaalinen häirintä ja väkivalta. Kärsimiseen liittyvistä kehomuistoista myös oman kehon häpeä häveni huomattavasti. Aineiston pohjalta ei voi sanoa, johtuuko tämä siitä, että tutkimushenkilöt eivät halunneet toistaa itseään uusintamittauksissa, vai johtuuko kerronnan muutos siitä, että kehomuistiin orientoituttiin toisella tavalla TLT-jakson jälkeen. Kohentunut mieliala tai myönteiset kokemukset omasta kehosta voisivat muuttaa sitä, mikä ensimmäisenä nousee esiin omasta kehomuistista kärsimiseen liittyen. Voidaan myös pohtia, vaikuttivatko ryhmässä saadut uudet kehomuistot siihen, millä tavoin osallistujat olivat suhteessa vanhempiin kehomuistoihinsa.

Yhteenveto ja pohdinnat

Kehonkuvakysely (BIA) on osoittautunut hyvin hyödylliseksi tutkimuksessa ja potilastyössä. 45 minuutin haastattelu tuo ytimekkäästi esiin, miten vastaaja on suhteessa itseensä ja toisiin, mikä hänen toimijuutensa arjessa on ja miten hän voi kohdata kehonsa tuntemuksia sekä kehonsa aistimuksellisuutta. Elämänhistoria ja traumatausta heijastuvat vastauksiin. Mielihyvän kehomuistoja ja kehon myönteisiä kokemuksia kuvatessaan vastaaja kertoo myös jotakin elämänsä voimavaroista. Vastaajan tapa luodata omia kokemuksiaan kehollisuuden näkökulmasta avautuu kuultavaksi siinä, miten hän vastaa kehonkuvakyselyn kysymyksiin: onko kehollisen kokemuksen tarkastelu hänelle vierasta vai luontevaa, ovatko kehossa koetut tuntemukset ja ilmiöt hänelle turvallisia vai uhkaavia, tervetulleita vai torjuttavia, ovatko ne eheitä, fragmentoituneita tai kaoottisia.

Kehonkuvakysely tuo siis paljon tärkeää tietoa masentuneen potilaan kokonaistilanteesta. Kehonkuvakysely auttaa hahmottamaan, mikä potilaan hoidossa ja terapiassa on olennaista ja mitä on perusteltua asettaa hoidon tavoitteeksi. Kehonkuvakyselyn avulla kehollisen kokemuksen taso tulee kuulluksi ja huomioituksi hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Usein potilaille on oivalluksia herättävää päästä sanoittamaan kokemusmaailmaansa kehonkuvakyselyn kautta. Jos kehollisuuden huomioiminen on potilaalle vierasta, kehonkuvakysely houkuttelee sen äärelle ja tarjoaa potilaalle uuden näkökulman itsen, omaan toimintaan ja omiin kokemuksiin. Jos kehollisuuden huomioiminen on potilaalle luontevaa, kehollisista kokemuksista kysyminen vahvistaa yhteistyösuhdetta ja tuo potilaalle kokemuksen, että hän on tullut kokonaisvaltaisesti huomioituksi ja kuulluksi.

Kliininen kokemus on, että kehonkuvakysely tuo tiettyjä ominaispiirteitä esiin riippuen siitä, mikä potilaan problematiikka ja diagnoosi on. Kehonkuvakyselyn avulla kehonkuvaa on toistaiseksi kuitenkin tutkittu systemaattisesti vain masentuneilla aikuispotilailla. Jatkotutkimuksissa olisi kiinnostavaa selvittää, onko mielialaltaan tavanomaisten ja masennuksesta kärsivien henkilöiden kehonkuvissa jotakin oleellista erilaisuutta. Onko eroa oman kehon hyväksyttävyydessä, mukavuudessa millä kehoonsa asettuu tai kehomuistissa olevien traumakokemusten määrässä tai laadussa? Onko eroa siinä, millaisella tietoisuudella on yhteydessä kehonsa tuntemuksiin, kehoitseyteensä? Lisäksi olennaista olisi tutkia, onko masentuneiden ja masentumattomien välillä eroa siinä, miten kehonkuvassa ilmenee sosiaalisen liittymisen käyttäytymisjärjestelmän toimiminen: miten ihminen tavoittaa kehossaan riittävää turvallisuuden kokemusta, miten sosiaaliseen vastavuoroisuuteen pääsee asettumaan mukaan ja miten siinä kokee voivansa olla. Lisäksi, normaalivoinninkin kirjossa, kiinnostavaa olisi selvittää, mikä on tyypillistä eri-ikäisille ihmisille, eli tutkia kehonkuvakyselyn tuottamaa kerrontaa lapsilla, nuorilla ja vanhuksilla.

Tähänastisten suomalaisten tutkimuksien tuloksista voidaan todeta, että kehonkuvakyselyn tuoma tieto masennuspotilaiden kokemusmaailmasta on kertovaa ja suoraa kuvausta heidän todellisuudestaan. Vaikeat kokemukset vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ovat tallentuneet kehoon kärsimisen muistoina, häpeän tunteina, kehon hyväksymisen vaikeutena, ja nämä kokemukset heijastuvat yksilön kehontilaan nykyhetkessä toimiessa, ilmentyvät kehollisena ennakointina, ja nämä edelleen muovaavat sitä, mitä yksilö kehollisesti tekee tai jättää tekemättä nyt-hetkessä. Masennuksesta huolimatta useilla potilailla on kokemus, että on jotakin kehollista ja fyysistä toimintaa, josta voi tuntea kehollista mielihyvää, ja edes ajoittain on mahdollista kokea myönteisiä tuntemuksia ollessaan itsekseen. Tämä avaa myönteisen kokemuksen sijaa: on mahdollista asettua omaan kehoon ja liikkumiseen jollakin itselle tervetulleella tavalla. Myönteisyyden ja itsen asettumisen kautta on mahdollisempaa tulla

vuorovaikutukseen mukaan, uskaltautua tutkimaan reittiä omaan toimintaan ja olemiseen ja sitä tehdessään alkaa kohdata itseä ja ympäristöä myös uudella tavalla. Myönteinen kokemus luo turvallisuutta, minkä tilassa on mahdollista kestää ja käsitellä kokemusmaailman vaikeampia sisältöjä, kun ne nousevat esiin.

Tieto masentuneiden potilaiden kehonkuvassa ominaisista ilmiöistä osoittaa, että osa masennuksesta kärsivistä potilaista pystyy kokemaan hyväksi koettua kehollista asettumista vuorovaikutuksessa toisen kanssa, tai tämä lisääntyy TLT intervention myötä. Olisi kiinnostavaa jatkossa tutkia, tehostuisiko TLT-interventioiden vaikutus, jos työskentelyssä yhä selkeämmin tuotaisiin esiin se, että kokemuksellinen kehollinen asettuminen nyt-hetkeen, ilman jatkuvaa ajatuksen tasolla toteutuvaa olettamusten, mielipiteiden sekä toiminnan arvottamisen ”mieli-hälyä” voi olla oleellinen taito harjoitella, koska se parantaa mahdollisuuksia päästä yhteyteen itsen ja toisen kanssa ja sitä kautta myös kokea oma itseys ja oma keho riittävän hyvänä ja kohdatuksi tullessa. Kun yhteys on olemassa, informaatiota on enemmän käytettävissä, tuntemuksia ja tavoitteita on paremmin hahmotettavissa ja toiminnalle on löydettävissä suuntaa. Tämän kautta masennuksen tila alkaa muuntua, ja alkaa avautua sijaa kehon voinnin ja mielentilan kohentumiselle.

Lähteet

- Casey, E. S. (1987). *Remembering. A phenomenological study*. Indiana: Indiana University Press.
- Chase, M. (1993). Selected writings: Body image and physiology. Teoksessa S. L. Sandel, S. Chaiklin & A. Lohn (Eds.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (s. 345–364). Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of American Dance Therapy Association.
- Dosamantes-Alperson, E. (1981). Experiencing movement in psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 4(2), 33–44.
- Fuchs, T. (2012). The phenomenology of body memory. Teoksessa S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa, & C. Müller (Eds.), *Body, metaphor and movement. Advances in Consciousness Research*, 84 (s. 9–22). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Gray, A. & Porges, S. (2016). Poly-vagal informed dance/movement therapy with children who shut down. Restoring core rhythmicity. Teoksessa C. A. Malchiodi & D. A. Crenshaw (Eds.), *What to do with children who clam up in psychotherapy. Interventions to facilitate communication* (s. 102–136). New York, NY: Guilford Press.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Koch, S. C., Caldwell, C. & Fuchs, T. (2013). On body memory and embodied therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8, 82–94.

- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23(2), 113–119.
- Punkanen, M., Saarikallio, S., Leinonen, S. O., Forsblom, A., Kulju, K., & Luck, G. (2017). Emotions in motion: Depression in dance-movement and dance-movement in treatment of depression. Teoksessa V. Karkou, S. Oliver & S. Lycouris (Eds.), *The Oxford handbook of dance and wellbeing*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199949298.013.58
- Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tri-partite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25, 39–56.
- Pylvänäinen, P. (2012). Body memory as a part of the body image. Teoksessa S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa, & C. Müller (Eds.), *Body, metaphor and movement. Advances in Consciousness Research*, 84 (s. 289–306). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Pylvänäinen, P. (2018). Dance movement therapy in the treatment of depression. Change in body image and mood. – A clinical practice based study. Jyväskylä Studies in education, psychology and social research 621. Jyväskylä: Jyväskylä University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7503-6>
- 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.
- Pylvänäinen, P., Muotka, J., & 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
- Schilder, P. (1950). *The image and the appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Stötter, A., Mitche, M., Endler, P. C., Oleksy, P., Kamenscheck, D., Mosgoeller, W., & Haring, C. (2013). Mindfulness-based touch therapy and mindfulness practice in persons with moderate depression. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(3), 183–198. DOI:10.1080/17432979.2013.803154
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8, 56–59.