

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

Author(s): Nyman-Salonen, Petra

Title: Kehollinen vuorovaikutus psykoterapiassa

Year: 2018

Version: Published version

Copyright: © 2018 Therapeia-säätiö

Rights: In Copyright

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

Please cite the original version:

Nyman-Salonen, P. (2018). Kehollinen vuorovaikutus psykoterapiassa. *Psykoterapia*, 37(1), 3-10.

Petra Nyman-Salonen

Kehollinen vuorovaikutus psykoterapiassa

Tässä artikkelissa tarkastellaan psykoterapiaa kehollisena kohtaamisena ja kokemuksena. Artikkelissa esitellään tutkimustuloksia psykoterapian aikaisesta sanattomasta vuorovaikutuksesta ja pohditaan kehollisuuden merkitystä psykoterapiassa. Artikkelin pääsanoma on, että sanaton vuorovaikutus on keskeistä psykoterapiassa ja terapeutin tulee tiedostaa oma osallisuutensa sanattoman yhteistyösuhteen muodostumisessa. Terapeutin sanaton viestintä vaikuttaa empatian välittymiseen ja mahdollisesti jopa terapian vaikuttavuuteen. Myös terapeutti vaikuttaa terapian tunnesäällöistä ja tapahtumista sanattomalla tasolla.

Johdanto

Psykoterapia on kokonaisvaltaista dialogia potilaan ja terapeutin välillä. Tässä artikkelissa tarkastellaan psykoterapiaa kehollisena¹ vuorovaikutuksena. Kehollinen vuorovaikutus on usein ainakin osittain tiedostamatonta ja vähemmän kontrolloitua toimintaa kuin sanallinen vuorovaikutus.

Psykoterapiasuunnaukset voidaan karkeasti jaotella terapiasuunnauksiin, joissa keskitytään pääasiassa sanalliseen vuorovaikutukseen ja terapiasuunnauksiin, joissa painotetaan kokemuksellisempia ja kehollisempia työtapoja. Keho on kuitenkin läsnä kaikissa psykoterapioissa (nettiterapioita lukuun ottamatta).

Kehon ja mielen dualismin juuret ovat nähtävissä jo psykoanalyttisen terapian historiasa. Freud kiinnitti huomiota sekä potilaan sanallisiin että sanattomiin ilmaisuihin. Reichin keskittyessä yhä enenevässä määrin kehoon ja kehollisiin reaktioihin, häneen otettiin etäisyyttä ja Freudin johdolla keskityttiin sanalliseen ilmaisuun (ks. La Barre 2001). Freudin näkemys oli, että keho on keskeisessä roolissa psykoterapiassa, mutta kehoon tulee suhtau-

tua neutraalisti. Shawn (2004) mukaan keho on kuitenkin unohdettu psykoterapiakentällä.

Dualismin juuret ovat vahvat. Psykkisistä pulmista kärsivää lääkitään, eli hänen mieleensä pyritään vaikuttamaan kehon kautta. Lääkehoito voi lievittää oireita, muttei välttämättä vaikuta mielenterveyden häiriön taustalla oleviin psyykkisiin syihin. Bertrando ja Gilli (2008) väittävät, että hoito keskittyy hoitamaan kehoa ilman mieltä. Psykoterapian kentällä tilanne saattaa olla päinvastainen, eli psykoterapiassa kaksi mieltä puhuvat ja kehollisuus unohdetaan.

Kehollinen ulottuvuus on alkanut kiinnostaa psykoterapian alan tutkijoita ja klinikoita peilineuronien löytymisen jälkeen (Rizzolatti ym. 1996; Gallese ym. 2007; Gallese ym. 2004). Peilineuronit havaittiin apinoilla vahingossa. Peilineuronit aktivoituivat sekä apinoiden tehdessä liikkeen että apinoiden nähdessä toisen tekevän samanlaisen liikkeen (Rizzolatti ym. 1996). Peilineuronijärjestelmän väitetään löytyvän myös ihmisillä (Rizzolatti 2005; Hari 2007), mutta tälle on esitetty myös vastaväitteitä (Hickok 2014). Peilineuronijärjestelmän on ehdotettu toimivan kehollisen simulaation

lailla, toisen tekemä liike siirtyy itseensä, eli tunemme toisen tekemän liikkeen itsessämme (Ferrari & Gallese 2007; Gallese ym. 2007). Peilineuronijärjestelmän esitetään olevan empatian neurobiologinen ja kehollinen perusta (Bråten 2007).

Myös traumoihin liittyvät keholliset oireet ovat herättäneet kiinnostuksen kehon ja mielen yhteyteen. Traumatisoituneilla potilailla on usein kehollisia oireita, joihin perinteinen puheen avulla toteutettava psykoterapia ei tunnu tehoavan. Näille potilaille kehitetyt traumaterapian keinot perustuvat kehollisiin interventioihin, joiden avulla potilaita on pystytty paremmin auttamaan (Ogden ym. 2006).

Viimeaikaisissa psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa kehollinen puoli on noussut esiin. Ramseyer & Tschacher (2011) havaitsivat, että mitä enemmän terapeutti ja potilas liikkuvat samanaikaisesti, sitä vaikuttavampaa terapia oli. Kun terapeutti ja potilas liikutivat päätään samanaikaisesti, potilailla oli selkeästi vähemmän oireita terapian loppuessa, ja kun terapeutti ja potilas liikutivat vartalotaan ja käsivarsiaan samanaikaisesti, potilaat arvioivat istunnot paremmiksi (Ramseyer & Tschacher 2014). Sanattomalla vuorovaikutuksella näyttäisi siis olevan yhteys terapian vaikuttavuuteen.

Sanaton viestintä

Keholla on monta tehtävää psykoterapiatilanteessa. Sekä potilas että terapeutti ilmaisevat asioita ja niiden merkityksiä sanojen lisäksi kasvonilmeillä, eleillä, kielen prosodisilla piirteillä ja katseella. Toisaalta tunteet viriävät meissä kehollisina jännityksinä ja tuntemuksina. Kliinikot ovat yksimielisiä siitä, että sanaton viestintä on keskeisessä roolissa psykoterapeuttisessa työssä (ks. Philippot ym. 2003). Yksi perustelu tälle on, että sanatonta viestintää ei säädellä yhtä tietoisesti kuin sanallista ilmaisua. Näin ollen potilaan sanattomat ilmaisut toimivat tiedonlähteenä terapeutille. Sanojen tunneväri ja prosodia antavat terapeuteille tietoa potilaan tunteista ja suhtautumisesta käsiteltävään aiheeseen. On jopa väitetty, että suurin osa kliinisestä päätelystä

perustuu sanattomiin ja implisiittisiin viesteihin (Shaw 2004; Gallagher & Payne 2015). Terapeutti seuraa terapiaprosessin etenemistä tarkkailemalla potilaan sanatonta viestintää. Sanattoman viestinnän kautta voi välittyä tietoa siitä, miten potilas suhtautuu terapeutin interventioon. Jos potilas sanoo ”kiinnostavaa” ja katsoo samalla terapeuttia kiinnostuneesti, se sisältää täysin eri merkityksen kuin silloin, jos potilas katsoo puhuessaan pois päin ja lausuu sanan ilman kiinnostusta välittävää prosodiaa. Kuuntelemme toistemme sanatonta viestintää jatkuvasti (ks. Pally 2008).

Potilaat tarkkailevat terapeutin kehonkieltä. Terapeutin kehonkieltä on kuitenkin tutkittu melko vähän. Näyttäisi siltä, että tietyyntyyppinen sanaton viestintä on hyödyllistä (Hall ym. 1995). Näitä ovat esimerkiksi pään nyökkäykset, hymyileminen, katsekontakti, sekä lämmin, rento ja kiinnostunut äänensävy. Tietyillä sanattomilla viestintätavoilla ei kuitenkaan ole löydetty yhteyttä terapian vaikuttavuuteen (Henry ym. 2012). Vaikuttaisi siltä, että joustavasti ja luonnollisesti käytetty kehonkieli tuntuu potilaasta paremmalta kuin tietyt etukäteen harjoitellut eleet (Sharpley ym. 2001).

Bänninger-Huber ja Widmer (1999) tutkivat kasvonilmeitä psykoterapiakontekstissa ja erityisesti hymyn merkitystä vuorovaikutustilanteessa. Heidän mukaansa kasvonilmeet ovat olennainen osa terapiasuhteen säätelyprosessia. Terapeutin tulee olla tietoinen, mitä hän omalla sanattomalla toiminnallaan tulee viestineeksi potilaalle. Esimerkiksi jos potilas hymyilee defensiivisesti kertoessaan jostain tilanteesta ja terapeutti vastaa tähän hymyllä, terapeutti voi tulla vahvistaneeksi potilaan defensiivisiä strategioita (Benecke ym. 2005).

Terapeutin kehonkielestä on muun muassa havaittu, että jos terapeutti nojaa eteenpäin ja ylläpitää katsekontaktia potilaan kanssa, hänet arvioidaan empaattisemmaksi ja terapeutin allianssi paremmaksi ja hoitoa pidetään uskottavampana (Dowell & Berman 2013). Jos terapeutti peilaa potilaan asentoa, terapeutti arvioidaan empaattisemmaksi (Maurer & Tindall 1983) ja potilaat kokevat yhteisymmärryksen paremmaksi (Sharpley ym. 2001; Tickle-Degnen & Rosenthal 1990). Raingruber

(2001) havaitsi, että psykoterapiassa asentojen peilautumista tapahtuu tilanteissa, joissa terapeutin ja potilaan mielestä tapahtuu jotain tärkeää. Hän havaitsi, että asentojen peilautuminen oli implisiittistä eikä terapeutti ollut terapiatilanteessa havainnut sitä kuin vasta jälkikäteen terapiavideota katsoessaan.

Kehollinen empatia

Empatia voidaan jakaa kahteen tyyppiin: kognitiiviseen ja keholliseen empatiaan. Kognitiivisella empatialla tarkoitetaan toisen näkökulman ottamista ja kehollisella empatialla kykyä asettua toisen tilanteeseen kokemuksellisella tasolla, eli tuntemaan, miltä tuntuisi olla se toinen. Nämä kaksi empatiatyyppiä aktivoivat aivoissa eri alueita (Coutinho, Silva & Decety, 2014). De Waal (2007) väittää, että kehollinen empatia on alkukantaisempi prosessi, jota esiintyy jopa eläimillä ja kognitiivinen empatia on myöhemmin opittu prosessi.

Kehollinen empatia on automaattinen prosessi, jossa tunteet tarttuvat yksilöstä toiseen. Tämä empatian muoto on kokemuksellinen. Se on sanatonta ja suurilta osin tiedostamatonta. Sen avulla tunneemme toisen tunteet omassa kehossamme (Hatfield ym. 2014). Terapiatilanteessa kehollinen empatia mahdollistaa sen, että terapeutti voi tuntea, minkälaista on olla potilas (Rothschild 2006).

Kehollinen empatia näyttäytyy esimerkiksi implisiittisenä imitointina (de Waal 2007). Imitoimme tiedostamattomasti toisen ihmisen asentoja ja eleitä ja erityisesti tunneilmaisuja (Hess & Fischer 2013). On havaittu, että empaattisemmat ihmiset imitoivat toisia enemmän ja pystyvät paremmin nimeämään imitoidun tunneilmaisun kuin vähemmän empaattiset ihmiset (Sonnby-Borgström 2002). Imitoinnin yhteyttä empatiaan hyödynnetään kehollisen terapian suuntauksissa. Tanssiteerapiassa käytetään asentojen peilautumisharjoitusta, kun tavoitteena on lisätä empaattista ymmärrystä. Terapeutti peilaa potilaan asentoa ja peilaamisen herättämistä tuntemuksista keskustellaan (Blum 2015). Yleisesti empatia näyttäytyy esimerkiksi kasvonilmeiden imitointina. On havaittu, että empaattiset ihmiset

imitoivat kasvonilmeitä sellaisina kuin ne olivat, kun taas vähemmän empaattiset ihmiset tekivät enemmän täydentäviä kasvonilmeitä reaktiona toisen tunteeseen, eli esimerkiksi hymyilivät, kun toisen kasvot olivat vihaiset (Sonnby-Borgström 2002).

Kehollinen empatia tai resonanssi on keskeinen osa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Vaikutumme toisen kertomasta tunnetasolla, kehollisesti (Fuchs & Koch 2014). Psykoterapian näkökulmasta keskeistä on terapeutin kyky olla vastaanottavainen potilaan tunneilmaisuille ja kyky kokea potilaan ilmaisemat (tai ilmaisematta jättämät) tunteet itsessään. Empatia on tutkitusti keskeinen psykoterapian tehoon liittyvä tekijä (Elliott ym. 2011; Coutinho ym. 2014).

Psykoteraapiatyössä terapeutin tulee samanaikaisesti hyödyntää sekä kehollista että kognitiivista empatiaa. Yksinkertaistetusti voisi sanoa, että kehollisen empatian kautta luodaan tunneyhteys potilaaseen ja kognitiivisen empatian avulla hänen kokemuksiaan ymmärretään ja sanallistetaan. Jos terapeutti hyödyntää pelkästään kognitiivista empatiaa, potilas ei välttämättä koe, että hänen tarinansa on tunteen tasolla tullut vastaanotetuksi ja ymmärretyksi.

Psykoteraapian aikana terapeutti vaikuttaa potilaan tarinasta. Empaattisen prosessin kautta terapeutin keho vastaanottaa potilaan emotionaalista kuormaa. Kehollisen empatian on ehdotettu liittyvän myötätuntauupumukseen, eli siihen että terapeutit väsyvät työssään (Rothschild 2006). Myötätuntauupumuksen ehkäisyssä on keskeistä, että terapeutti on tietoinen sanattomasta viestinnästä ja omasta sanattomasta toiminnastaan terapiatilanteessa. Näin terapeutti pystyy suojaamaan itseään terapiatyössä eikä kuormitu liikaa.

Miksi ihmisen kehollinen kytkös on niin merkittävä tekijä erityisesti psykoterapiatyössä? Yksi vastaus löytyy yksilön kehityksestä.

Esikielellinen virittäytyminen

Jo syntymästään asti vauvat suuntaavat tarkkaavaisuutensa kohti muita ihmisiä ja jäljittelevät kasvonilmeitä (ks. esim. Meltzoff & Brooks 2007). Tämä jäljittely nähdään tarkoitukselli-

senä vastasyntyneen tapana huolehtia siitä, että aikuinen pitää hänestä huolta. Jäljittely muodostaa ensimmäisen siteen vauvan ja hoitajan välillä (Trevarthen & Aitken 2001). Vauvan ja hoitajan side on alun alkujaan sanaton, se muodostuu motorisista liikkeistä, kasvonielmeiden jäljittelystä ja äännähtelyistä. Esimerkiksi 2–3 kk vanhat vauvat liikuttavat käsiään hoitajan puheen rytmin mukaan (Trevarthen & Aitken 2001). Stern (2004) on ehdottanut, että yksi ihmisen perusmotivaatioista on yhteyden muodostaminen toiseen ihmiseen.

Ensimmäiset suhteessa olemisen muistot itsestä ovat kehollisia ja sanattomia muistoja siitä, mitä vauvana on kokenut ja miten hoitaja on vastannut. Hoitajan toiminta muokkaa vastasyntyneen tunteita ja tuntemuksia, hoitaja säätelee vastasyntyneen kokemuksellista tilaa. Nämä varhaiset kokemukset muodostavat esikielellisiä representaatioita itsestä ja siitä, miten olla muiden kanssa vuorovaikutuksessa (Lyons-Ruth 1999). Lyons-Ruth kutsuu näitä proseduraaliseksi, relationaaliseksi ja implisiitiksi muistoiksi.

Jos varhainen vuorovaikutus on ollut epäjohtonmukaista ja turvatonta, tämä vaikeuttaa kykyämme tunnistaa ja säädellä tunteita, sekä kykyämme muodostaa ihmissuhteita (ks. esim. Bowlby 1988). Kiintymyssuhdeteoria on yksi tapa kuvata varhaisen vuorovaikutuksen vaikutusta kehitykseen. Kiintymyssuhdetyyli näkyy tavassamme olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa ja tavassamme suhtautua itseemme. Kiintymyssuhdetyyliä voidaan pitää suodattimena, jonka läpi havainnoimme maailmaa. Kiintymyssuhdetyyli värittää tulkintaamme muiden henkilöiden sanattomasta viestinnästä (Noller 2005). Kiintymyssuhdetyyliä on kutsuttu sanattomaksi tunnesäätelytyyliksi (Dales & Jerry 2008).

Teorioissa vauvan kehityksestä puhutaan usein riittävän hyvän hoidon tärkeydestä, mutta mitä tällä oikeastaan tarkoitetaan? Jos pohdimme asiaa kehollisesta näkökulmasta, on olennaista, että hoitajalla on kyky lukea vastasyntyneen sanatonta viestintää ymmärtääkseen tämän tarpeita. Kestää melko pitkään, ennen kuin lapsi alkaa puhua. Näin ollen ihmisellä ehtii muodostua paljon esikielellisiä

muistoja itsestä ja suhteessa olemisesta.

Psykoterapia: kehollista dialogia ja virittäytymistä

Psykoterapeuttisessa työssä on keskeistä, että terapeutti osaa lukea potilaan sanatonta viestiä ja virittäytyä siihen. Gallagher ja Payne (2015) toteavat, että kliininen päättely tapahtuu suurelta osin esikielellisellä tasolla, jossa terapeutti pyrkii asettumaan ja kokemaan potilaan kertomia asioita sen avulla, miten potilas niitä ilmaisee. Terapiassa pyritään yhdessä löytämään sanoja potilaan kokemuksille.

Psykoterapeutit pyrkivät työssään virittäytymään potilaan sisäiseen maailmaan sekä hänen tapaansa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Tämä virittäytyminen tapahtuu usein automaattisesti ja kehollisesti (ks. Gallese ym. 2004). Terapeutti sovittaa oman tunnemaailmansa potilaan tunnemaailmaan (Håvås ym. 2015). On ehdotettu, että terapeutti luo sanattoman toimintansa avulla terapiaan rauhallisen ilmapiirin, jossa potilaan tunteet tulevat kohdatuiksi ja kannatelluiksi (Davis & Hadiks 1994). Tämän seurauksena terapeutin ja potilaan vuorovaikutus on miellyttävää² (La Barre 2001). Wallinin (2007) mukaan vuorovaikutus, jossa terapeutti ja potilas ovat tunnetasolla synkronissa toistensa kanssa. Tämänkaltaisen vuorovaikutus on itsessään tervehdyttävää, eikä sitä tarvitse sanoittaa. Myös Lyons-Ruth (1999) väittää, että implisiittisillä terapiasuhteeseen liittyvillä tekijöillä on enemmän vaikutusta symboliseen järjestelmään, kuin symbolisella järjestelmällä implisiittisiin rakenteisiin. Shaw (2003) havaitsi, että terapeuteilla oli erittäin paljon kehollisia reaktioita terapiatilanteessa, joita terapeutit hyödynsivät tiedonlähteenä terapeuttisesta prosessista tai yhteistyösuhteesta. Näitä ei kuitenkaan välttämättä sanoiteta potilaalle.

Terapiasuhteen keskiöksi nousee aito kohtaaminen terapeutin ja potilaan välillä. Kohtaamisen kautta potilaan varhaiset implisiittiset proseduraaliset ja suhteeseen liittyvät muistot aktivoituvat, ja tulevat esiin esimerkiksi potilaan tapana suhtautua itseensä tai terapeuttiin (Lyons-Ruth 1999; Soth 2006).

Terapeutin ja potilaan kohtaamisen kautta implisiittiset ja relationaaliset muistot voivat muuttua. Näin käy, jos terapeutti ei vahvista potilaan vanhoja vuorovaikutusmalleja vaan pyrkii antamaan potilaalle uudenlaisen vuorovaikutusmallin (ks. Lyons-Ruth 1999). Tämä saattaa vaatia, että sekä terapeutti että potilas tekevät jotain uutta ja erilaista terapiatilanteessa (Beebe 1998; Stern 2004). Beeben (1998) mukaan potilas muuttuu psykoterapiassa juuri näiden kohtaamisten hetkien ja niihin liittyvän uudenlaisen yhteisen säätelyn ansiosta.

Terapiassa tapahtuu kaiken aikaa yhteistä säätelyä terapeutin ja potilaan välillä (Beebe & Lachmann 1998). Sothin (2006) mukaan terapeutit eivät useinkaan ole tietoisia omasta yhteissäätelytyylistään. Hänen mukaansa terapeutit alkavat esimerkiksi usein liian aikaisin rauhoittamaan potilasta, vaikka tärkeä olisi, että terapeutit pysyisivät riittävän passiivisina, ja antaisivat potilaan tunteiden voimistua ja tulla koetuiksi. Keskeistä on, että terapeutti on tietoinen omista säätelytapuksistaan ja siitä, miten oma yhteissäätelytyyli vaikuttaa terapiatyöskentelyyn.

Psykoterapiasuhte voidaan rinnastaa potilaan ensimmäiseen kiintymyssuhteeseen. Psykoterapian aikana potilas voi suhteessa opetella, miten vuorovaikutuksessa säädellään tunteita aiempaa terveellisemmällä tai toimivammalla tavalla (Dales & Jerry 2008). Schore on kehittänyt edelleen kiintymyssuhdeteoriaa neurobiologisen tutkimuksen perusteella (Schore & Schore 2008). Hänen mukaansa sanaton vuorovaikutus psykoterapiassa on äärimmäisen tärkeää, sillä terapiassa aktivoituvat sekä potilaan että terapeutin varhaisiin kokemuksiin liittyvät muistot. Terapiassa keskeisin tehtävä on terapeutin ja potilaan yhteissäätely. Terapeutin empaattisen kyvyn kautta potilaan kokemukset tulevat jaetuksi ja niihin liittyvät tunteet tulevat yhteissäätelyn piiriin. Terapian aikana ja erityisesti transferenssin yhteydessä terapeutti työstää potilaan sanattomia viestejä mutta myös omia reaktioitaan niihin ja potilaaseen. Avain onnistuneeseen terapiaan on Schoren mukaan terapeutin kyky olla potilaan kanssa rauhallisesti myös erittäin stressaavien tilanteiden aikana (Schore & Schore 2008). Terapian myötä poti-

las kykenee kehittämään itsellensä 'ansaitun' turvallisen kiintymyssuhdemallin.

Schoren mukaan psykoterapia tapahtuu seuraavanlaisena prosessina (kirjoittajan vapaa käänös): "Intersubjektiivisessä dialogissa psykobiologisesti viritäytynyt, intuitiivinen kliinikko, opettelee ihan ensimmäisestä tapaamisesta asti potilaan sanatonta rytmiä ja hänen sisäisten tilojensa rytmisiä rakenteita. Kliinikko on riittävän joustava muuntamaan omaa käyttäytymistään potilaan rytmeihin sopivaksi. Näin rakentuu yhdessä tila, jossa potilas voi kasvaa ja terapeutin allianssi kehittyy." (Schore & Schore 2008.)

Soth (2006) on ehdottanut terapeutin allianssin jakamista sanalliseen ja sanattomaan allianssiin. Hänen mukaansa terapeutti voi olla erittäin taitava sanallisen allianssin muodostamisessa, muttei osakaan sanattoman allianssin muodostamista. Hän tarkoittaa tällä sitä, ettei terapeutti ole tietoinen siitä, miten hän käyttäytyy sanattomasti ja tulee sitä kautta vaikuttaneeksi terapiatilanteeseen. Tiedetään kuitenkin, että sanaton viestintä vaikuttaa yhteistyösuhteeseen (Dales & Jerry 2008).

Näyttää siltä, että terapeutin tiedostaessa omaa sanatonta käyttäytymistään terapiatilanteessa, hän pystyy vaikuttamaan terapiaprosessiin sekä omaan jaksamiseensa (Shaw 2003; Rothschild 2006). Hyödyntämällä kehollisia menetelmiä, jotkin terapiaprosessit voisivat tehostua (ks. Downing 1996). Jos varhaiset muistot nähdään kehollisina muistoina, ne saattavat olla paremmin tavoitettavissa esimerkiksi liikkeen kautta (Downing 1996). Kehollisia menetelmiä hyödyntämällä voidaan tavoittaa aiemmin symbolisoitumatonta materiaalia ja nostaa se tietoisuuden piiriin.

Lopuksi

Kehollinen vuorovaikutus psykoterapiassa on keskeinen osa psykoterapiaprosessia, joka tulee ottaa huomioon. Shawn (2004) mukaan psykoterapiasuhte on kehollinen suhte. Hänen mielestään terapeutin keho toimii vastaanottimena potilaan tarinalle, ja tarjoaa välineen keholliselle empatialle. Tämän lisäksi terapeutit käyttävät kehoaan säädellössään terapian

ilmapiiriä. Terapeutin oma kokemusmaailma värittää potilaan tarinaa.

Keho ja mieli ovat täysin toisiinsa kytkeytyneitä. Terapiatyöskentelyn tulee tapahtua sekä kehollisella että kognitiivisella tasolla. Psykoterapiatyössä virittäytyminen vuorovaikutukseen toisen ihmisen kanssa on ennen kaikkea potilaan rytmin lukutaitoa, tämän tunneilmaisun sävyjen kuuntelemista ja terapeutin omien kehollisten reaktioiden kuuntelemista ja ymmärtämistä, sanatonta ja kehollista vuorovaikutusta. Terapeutin sanaton viestintä on tärkeässä roolissa yhteistyösuhteen muotoutumisessa. Oman terapiaistunnon videoiminen voi joskus olla havahduttava kokemus.

Viitteet

1. Tässä artikkelissa käytetään sanaa kehollisuus, vaikka ruumiillisuus onkin psykoterapiakentässä tavallisimmin käytetty käsite.
2. Miellyttävä tarkoittaa, että yhteistyö on suurilta osin sujuvaa ja keskustelulle löytyy yhteinen sävel. Ei sitä, että kaikki keskustelun aiheet tai tilanteet olisivat itsessään miellyttäviä.

Artikkeli hyväksytty 8.12.2017.

Kirjallisuus

Beebe, Beatrice (1998). A procedural theory of therapeutic action: commentary on the symposium "Interventions that effect change in psychotherapy". *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 333–340.

Beebe, Beatrice & Lachmann, Frank M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480–516.

Benecke, Cord, Peham, Doris, Bänninger-Huber, Eva (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 81–90.

Bertrando, Paolo & Gilli, Gabriela (2008). Emotional dances: therapeutic dialogues as embodied systems. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 362–373.

Blum, Monica C. (2015). Embodied mirroring: a relational, body-to-body technique promoting movement in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 1–13.

Bowlby, John (1988). A secure base: Parent-child at-

tachment and healthy human development. New York: Basic Books.

Bråten, Stein (toim.) (2007). *On being moved: From mirror neurons to empathy*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Bänninger-Huber, Eva & Widmer, Christine (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9(1), 74–87.

Coutinho, Joana Fernandes, Silva, Patricia Oliveira, Decety, Jean (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541–548.

Dales, Shelley & Jerry, Paul (2008). Attachment, affect regulation and mutual synchrony in adult psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 283–312.

Davis, Martha & Hadiks, Dean (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393–405.

Dowell, Nia M. & Berman, Jeffrey S. (2013). Therapist nonverbal behavior and perceptions of empathy, alliance, and treatment credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158–165.

Downing, George (1996). *Kroppen och ordet: kroppsoorienterad psykoterapi – teoretisk bakgrund och klinisk tillämpning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Elliott, Robert, Bohart, Arthur C., Watson, Jeanne C., Greenberg, Leslie S. (2011). *Empathy*. Teoksessa Norcross, John C. (toim.), *Psychotherapy relationships that work*. 2nd ed., 132–152. New York: Oxford University Press.

Ferrari, Pier Francesco & Gallese, Vittorio (2007). Mirror neurons and intersubjectivity. Teoksessa Bråten, Stein (toim.), *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 73–88. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Fuchs, Thomas & Koch, Sabine C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–12.

Gallagher, Shaun & Payne, Helen (2015). The role of embodiment and intersubjectivity in clinical reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 68–78.

Gallese, Vittorio, Eagle, Morris N., Migone, Paolo (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 131–176.

Gallese, V., Keysers, Christian, Rizzolatti, Giacomo

- (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 8(9), 396–403.
- Hall, Judith A., Harrigan, Jinni A., Rosenthal, Robert** (1995). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21–37.
- Hari, Riitta** (2007). Human mirroring systems. On assessing mind by reading brain and body during social interaction. Teoksessa Bråten, Stein (toim.), *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 89–99. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Hatfield, Elaine, Bensman, Lisamarie, Thornton, Paul D., Rapson, Richard L.** (2014). New perspectives on emotional contagion: a review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. *Interpersona*, 8(2), 159–179.
- Henry, Stephen G., Fuhrel-Forbis, Andrea, Rogers, Mary A. M., Eggl, Susan** (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education & Counseling*, 86(3), 297–315.
- Hess, Ursula & Fischer, Agneta** (2013). Emotional mimicry as social regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 17(2), 142–157.
- Hickok, Gregory** (2014). *The myth of mirror neurons: A real neuroscience of communication and cognition*. New York: W. W. Norton & Company.
- Håvås, Else, Svartberg, Martin, Ulvenes, Pål** (2015). Attuning to the unspoken: the relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 235–254.
- La Barre, Frances** (2001). *On moving and being moved: Nonverbal behavior in clinical practice*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Lyons-Ruth, Karlen** (1999). The two-person unconscious: intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576–617.
- Maurer, Richard E. & Tindall, Jeffrey H.** (1983). Effect of postural congruence on client's perception on counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 158–163.
- Meltzoff, Andrew N. & Brooks, Rechele** (2007). Intersubjectivity before language. Three windows of preverbal sharing. Teoksessa Bråten, Stein (toim.), *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 149–174. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Noller, Patricia** (2005). Attachment insecurity as a filter in the decoding and encoding of nonverbal behavior in close relationships. *Journal of Nonverbal Behavior*, 29(3), 171–176.
- Ogden, Pat, Minton, Kekuni, Pain, Clare** (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Pally, Regina** (2008). A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(1), 71–93.
- Philippot, Pierre, Feldman, Robert S., Coats, Erik J.** (2003). *Nonverbal behavior in clinical settings*. New York: Oxford University Press.
- Raingruber, Bonnie Jean** (2001). Settling into and moving in a climate of care: styles and patterns of interaction between nurse psychotherapists and clients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(1), 15–27.
- Ramseyer, Fabian & Tschacher, Wolfgang** (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284–295.
- Ramseyer, Fabian & Tschacher, Wolfgang** (2014). Nonverbal synchrony of head and body-movement in psychotherapy: different signals have different associations with outcome. *Frontiers of Psychology*, (5), 979.
- Rizzolatti, Giacomo** (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anatomy and Embryology*, 210(5–6), 419–421.
- Rizzolatti, Giacomo, Fadiga, Luciano, Gallese, Vittorio, Fogassi, Leonardo** (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3(2), 131–141.
- Rothschild, Babette** (2006). *Help for the helper: Self-care strategies for managing burnout and stress*. New York: W. W. Norton & Company.
- Safran, Jeremy D. & Muran, J. Christopher** (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Schore, Judith R. & Schore, Allan N.** (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.
- Sharpley, Christopher F., Halat, Jennifer, Rabinowicz, Tammy, Weiland, Birgit, Stafford, Jane** (2001). Standard posture, postural mirroring and client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), 267–280.
- Shaw, Robert** (2003). *The embodied psychotherapist: The therapist's body story*. New York: Routledge.
- Shaw, Robert** (2004). *The embodied psychotherapist: an exploration of the therapists' somatic phenomena*

within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14(3), 271–288.

Sonnby-Borgström, Marianne (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 433–443.

Soth, Michael (2006). Towards and integration of objectifying and (inter)subjective stances in relation to the body in psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1(2), 143–154.

Stern, Daniel N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.

Tickle-Degnen, Linda & Rosenthal, Robert (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285–293.

Trevarthen, Colwyn & Aitken, Kenneth J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48.

de Waal, Frans B. M. (2007). The ‘Russian doll’ model of empathy and imitation. *Teoksessa Bråten, Stein (toim.)*, *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 49–69. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Wallin, David J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.