



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **KEHONKUVA NUORISOPSYKIATRISEN FYSIOTERAPIAN VIITEKEHYKSENÄ**

Katja Mustonen

Kehittämistehtävä  
Marraskuu 2015  
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

MUSTONEN KATJA:

Kehonkuva nuorisopsykiatrisen fysioterapian viitekehystenä

Kehittämistehtävä 30 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Marraskuu 2015

---

Fysioterapia on prosessi, joka alkaa asiakkaan tutkimisesta ja jonka tavoitteena on tukea asiakkaan optimaalisen toimintakyvyn ja tyytyväisyyden toteutumista elämässä. Tämä pitää paikkansa myös psykiatrisen fysioterapian kohdalla. Psykiatrisessa fysioterapiassa on kuitenkin myös omat erityislaatuiset tavoitteensa, mikä johtuu siitä, että psykiatrisessa hoidossa olevan nuoren keskeisimmät pulmat elämässä liittyvät ja kietoutuvat psyykkiin ja sosiaalisiin tekijöihin, kun taas nuoren fyysinen toimintakyky on usein hyvä. Fysioterapeutin tehtävä psykiatriassa on pyrkiä työskentelemään kokemustasolla, missä nuoren pulmatkin pääsääntöisesti ovat. Tämä asettaa haasteita fysioterapeutille tutkimiselle ja myös fysioterapian tavoitteen asettelulle.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on alunperin ollut kehittää tutkimislomake nuorisopsykiatriseen fysioterapiaan, tavoitteena yhtenäistää tutkimisen käytäntöjä HYKS nuorisopsykiatrian fysioterapeuttien kesken. Tutkimislomakekin tämän työn tuotoksena lopulta syntyi, mutta hyvin pian kehittämistehtävän keskeisin tarkoitus ja tavoite siirtyi muualle. Kehittämistehtävässä pohditaan fysioterapeutin roolia ja työnkuvaa psykiatriassa osana moniammatillista työryhmää. Kehittämistehtävän tarkoitus on ollut selvittää, miten kehon kokemusaspektia voidaan tutkia ja mitä siitä olisi olennaista tutkia, jotta tutkiminen tukisi fysioterapian tavoitteenasettelua. Taustalla on ollut laajempi tavoite hahmottaa fysioterapialle nuorisopsykiatriassa viitekehys, jonka kautta fysioterapeutin erikoisosaamista voi helpommin tehdä näkyväksi niin nuorille, heidän perheilleen kuin työryhmällekkin. Viitekehykseksi määrittyi kehonkuva, jota olen lähestynyt erityisesti psykiatristen potilaiden ja heillä tavattavien häiriöiden näkökulmasta.

---

Asiasanat: nuorisopsykiatria, psykofyysinen fysioterapia, ruumiinkuva

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Specializing studies in psycho-physical physiotherapy

**MUSTONEN KATJA:**

Body image as the frame of reference in psychiatric physiotherapy

Development project 30 pages, appendices 4 pages  
November 2015

---

Physiotherapy is a process which begins with the evaluation of the patient and aims at finding the optimal function and satisfaction in patients life. This is true also psychiatric physiotherapy. However, due to the fact the patients who are being treated in psychiatry suffer primarily from problems of psychological and social kind and not from physical ailments, goal setting differs from traditional physiotherapy. The problems that the patients have are on the level of experience and therefore also physiotherapist has to work on the level of patients' experience. This is a challenge to the physiotherapeutic evaluation and goal setting, in fact to the physiotherapy as a whole.

Originally the purpose of this development project was to create an evaluation form for physiotherapists working in adolescent psychiatry. The aim was to standardize the differing conventions of physiotherapists in evaluating a psychiatric youngster in The Hospital District of Helsinki and Uusimaa. An evaluation form was eventually created, but in fact the goal and objective of this development project widened and the form became only a small part of the project. In this development project there is a lot of reflecting on physiotherapist's role and job description as a part of multiprofessional team in psychiatry. The goal has been to define, how a physiotherapist can evaluate the patient's experience of his or her own body and what kinds of aspects of it would be relevant to evaluate so that the evaluation would support the goal setting in physiotherapy. The objective has been to sketch a frame of reference for physiotherapy in psychiatry so that it would be easier also to bring forth my specialty as a physiotherapist to the youngsters, their families and the multiprofessional team. 'Body image' was selected as the frame of reference.

---

Key words: adolescent psychiatry, psycho-physical physiotherapy, body image

## Sisällys

1	JOHDANTO .....	5
2	PSYKIATRISEN FYSIOTERAPIAN TAVOITTEET .....	7
3	LIIKEASPEKTI JA KOKEMUSASPEKTI.....	10
4	KEHONKUVA .....	11
4.1	Kehonkuvan määritelmiä.....	11
4.2	Aidot ja kuvitellut havaintokokemukset.....	13
4.3	Merkitykset, uskomukset ja tunneasenne .....	14
5	KEHONKUVAN ASPEKTIT PSYKIATRISISSA FYSIOTERAPIASSA ..	15
5.1	Kokemus ulkomuodosta .....	17
5.2	Kokemus sisätiloista.....	18
5.3	Asennon, liikkeen, massan ja kehon osien aistiminen .....	20
5.4	Kokemus kehon rajoista ja reviiristä.....	21
5.5	Kehon omistajuus.....	21
6	KEHONKUVAN TUTKIMINEN: POHDINTAA.....	23
	LÄHTEET .....	25
	Liite 1. Tutkimislomake nuorisopsykiatriaan: ulkonäkö ja -muoto .....	27
	Liite 2. Tutkimislomake nuorisopsykiatriaan: kehotuntemukset .....	29

## 1 JOHDANTO

Kehittämistehtäväni lähti liikkeelle melko konkreettisesta tarpeesta saada työpaikalleni HYKS:in nuorisopsykiatriaan uusi fysioterapeuttisen alkututkimisen lomake, joka voisi yhtenäistää meidän psykiatristen nuorten kanssa työskentelevien fysioterapeuttien tutkimisen käytäntöjä. Työn tarkoitus tuntui selkeältä ja sopivan konkreettiselta. Lukuisia erilaisia lomakkeita on jo valmiiksi olemassa, joten tehtävänä olisi vain yhdistää niistä meidän työhömme sopiva ”paketti”.

Hyvin nopeasti kävi kuitenkin selväksi, että jouduin pohtimaan omaa työtäni melko perusteellisesti. Tutkiminen ja alkuhaastattelu eivät voi olla fysioterapian tavoitteista irrallisia, joten olennainen kysymys tuntui olevan se, mihin fysioterapeuttia oikeastaan tarvitaan psykiatriassa ja minkälaisia tavoitteita fysioterapialle tulisi siellä asettaa. Entä minkälaisin menetelmin tähän päästään? Psykiatrisessa hoidossa yleisenä tavoitteena on psyykkisen voinnin paraneminen ja fysioterapeutin on osaltaan, osana työryhmää, myös pyrittävä tähän. Meille neljälle koko pääkaupunkiseudun psykiatrian alueesta vastaavalle fysioterapeutille ei tule lähetteitä esim. tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi – niihin ei vähäisten resurssien vuoksi pystyittäisi millään vastaamaan – vaan palveluitamme käytetään nimenomaan mielenterveyttä tukemaan.

Vaikka nykyisin minulla ei enää ole epäilystäkään, etteikö fysioterapeutilla olisi oma tärkeä tehtävänsä mielenterveyden häiriöitä hoidettaessa, niin vaikeampaa on muuttaa sanoiksi se, mitä tekee ja minkälaisia tavoitteita omalla työllä on. Sen vuoksi palasin juurille ja aloin lukea Gertrud Roxendalin teosta *Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden* vuodelta 1987. Tuntui, ettei teos ole tippaakaan vanhentunut lähes 30 vuodessa. Siitä alkoi matkani pohtimaan jokapäiväisen työni tarkoitusta ja tavoitteita. Mitä tutkimislomakkeeseen tulee, se alkoikin vähitellen muotoutua haastattelulomakkeeksi. Se on kehittämistehtäväni konkreettinen tuotos, mutta minulle se ei ole lähimainkaan tärkein osa kehittämistehtävääni, vaan tärkeintä on ollut jäsentää fysioterapeutin työtä psykiatriassa ja pukea sitä sanoiksi, sekä löytää sille selkeä teoreettinen viitekehys.

Teoreettiseksi viitekehyykseksi valikoitui käsite kehonkuva, joka on sekä tieteellisesti ajankohtainen että psykiatriassa paljon käytetty käsite. Kehonkuva, joka kuuluu Roxendalin termein *kehon kokemusaspektiin*, on hankalasti tutkittavissa, eikä loppujen lopuksi

mikään haastattelulomake voi tavoittaa toisen ihmisen kekokokemusta kovin hyvin, se voi olla vain alku. Fysioterapeuttina tehtävänäni on olla kaiken aikaa aistit valppaina havaitsemaan nuoren reaktioita fysioterapiaprosessin aikana. Ajattelen, että kehonkuva on käytännöllisesti läsnä työssämme, se vain pitää oppia havaitsemaan ja sillä tiellä olen edelleen. Tässä työssä lähdän liikkeelle Roxendaliin nojaten psykiatrisen fysioterapian tavoitteista ja sitä kautta pyrin perustelemaan, miksi juuri kehonkuvan tutkiminen on tärkeää. Teoreettisen alun jälkeen pyrin tuomaan keskustelun lähemmäs oman työni arkea ja lopuksi esittelen ehdotuksen tutkimislomakkeeksi. Työn tarkoitus ja tavoite kirkastuivat minulle itsellenikin vasta työn loppumetreillä, vaikka ne ovat tiedostamatta kulkeneet mukana koko ajan. Tavoitteena on ollut selvittää, miten kehon kokemusaspektia voidaan tutkia ja mitä siitä olisi olennaista tutkia, jotta tutkiminen tukisi fysioterapian tavoitteenasettelua. Taustalla on ollut laajempi tavoite hahmotella fysioterapialle nuorisopsykiatriassa viitekehys, jonka kautta fysioterapeutin erikoisosaamista voi helpommin tehdä näkyväksi niin nuorille, heidän perheilleen kuin työryhmällekkin.

## 2 PSYKIATRISEN FYSIOTERAPIAN TAVOITTEET

Ymmärrykseni fysioterapeuttisesta työskentelystä psykiatristen potilaiden kanssa on merkittävästi muuttunut psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintojen myötä. Ensinnäkin jo se, että puhun psykiatrisesta fysioterapiasta enkä psykofyysisestä fysioterapiasta, on yksi muutos. Psykofyysinen fysioterapia on ikään kuin silmälasit, joiden läpi terapeutti tarkastelee maailmaa, millä hyvänsä saralla hän työskenteleekin. Psykiatrinen fysioterapia sen sijaan on oma erityisalansa fysioterapian kentässä. Kuten muitakin erityisaloja, psykiatrista fysioterapiaa määrittää sen kohderyhmä, psykiatriset potilaat. Mitä fysioterapeutti tekeekin ja mitä menetelmää seuraten, hänellä täytyy olla kaiken aikaa mielessään asiakkaan psyykinen vointi ja psykiatriset pulmat, joiden vuoksi tämä on hoidossa psykiatrian puolella. Fysioterapeutti on siis osa moniammatillista työryhmää ja työskentelee yhteisten tavoitteiden eteen. Keskeinen osa ammattitaitoa on psykiatristen ilmiöiden ja niiden kehollisten merkitysten ymmärtäminen.

Tavallisin peruste, miksi fysioterapiaan ohjaututaan nuorisopsykiatriassa, on toive oireiden lievittymisestä. Ahdistus, kipu, jännittyneisyys, unettomuus, epämääräiset keholliset oireet: tämän kaltaisiin oireisiin fysioterapiasta toivotaan apua. Kun kolme vuotta sitten aloitin työni nuorisopsykiatriassa, tähän tavoitteenasetteluun oli fysioterapeuttina helppo lähteä mukaan. Se oli selkeä ja siitä oli helppo puhua niin työryhmän kuin nuorenkin kanssa. Melko nopeasti kuitenkin huomasin, että oireet eivät useinkaan kovinkaan helposti lievittyneet. Kesti kauemmin ymmärtää, ettei se välttämättä ollut merkki huonosta ammattitaidostani fysioterapeuttina vaan että sillä oli jotain tekemistä tapaamieni nuorten monimutkaisten tilanteiden kanssa. Helpotti suunnattomasti, kun tätä kehittämistehtävää varten tulin lukeneeksi, mitä Gertrud Roxendal on kirjoittanut tavoitteenasettelusta psykiatrisessa fysioterapiassa: (1987, 33-34):

Oireiden lievittymistä voidaan pitää kaiken hoidon päämääränä. Niin myös psykosomaattisen ja psykiatrisen fysioterapian kohdalla, ainakin silloin, kun on kyse vaivoista, jotka ovat seurausta kehon virheellisestä käytöstä. Toisinaan oire kuitenkin on ilmaus aivan toisen tason ongelmista kuin millä oire näyttäytyy. Silloin ei aina ole sopivaa tai mahdollista ensikädessä vapauttaa potilasta oireista.

Roxendalin mukaan silloin kun oire ei ole vielä rakentunut osaksi ihmisen persoonaa tai sosiaalista identiteettiä, oireen lievittäminen on itsestäänselvä tavoite. Monien psykiatristen potilasryhmien kohdalla oireen merkitys on kuitenkin monimutkaisempi. Tällaisia potilaita ovat

- ne, joille pitkäaikaisesta oireesta on tullut osa identiteettiä ja uutta sosiaalista roolia, jolloin oireesta ”parantuminen” voikin merkitä menetystä,
- ne, joilla keholliset oireet ovat seurausta psykoottistasoisesti häiriintyneestä kehonkuvasta (esim. potilas on ahdistunut, koska kokee kehonrajojensa tai jonkin ruumiinosan kadonneen)
- ne, joilla epämääräiset ja epäselvät keholliset oireet, kuten moninainen kipu tai jännittyneisyys, ovat seurausta tiedostamattomista psykologisista tai psykososiaalisista häiriöistä (esim. psykosomaattinen oireilu)
- ja ne, joilla oire, esimerkiksi kipu tai lihasjännitys, on puolustusmekanismi psyykkistä ahdistusta vastaan. (Roxendal 1987, 33.)

Ehkä koska olen työssä psykiatrisilla osastoilla enkä poliklinikalla, monet tapaamistani nuorista tosiaankin vaikuttaisivat kuuluvan johonkin näistä ryhmistä. Esimerkiksi lihasjännityksistä irtipäästäminen, edes hetkellisesti ja edes osittain, saattaa olla lähes mahdotonta. Lihasjännityksellä on tällöin todennäköisesti merkitys nuoren psyykkisen voinnin kannalta, eikä sitä ole järkevääkään pyrkiä yhtäkkiä ja kertaheitolla poistamaan. Kehollisella oireella voi myös olla merkitys nuoren sosiaalisen identiteetin kannalta. Olen tavannut nuoria, joilla päänsärky tai vatsakipu estävät koulunkäynnin tai koko ikätasoisien sosiaalisen elämän kaikkinsa. Tällöin oireen poistuminen äkisti voi olla pelottavaa, ellei hän ole valmistautunut muodostamaan uudenlaista sosiaalista roolia ja käsitystä itsestään, esimerkiksi palauttamaan katkottuja suhteita ystäviin ja kuromaan muiden etumatkaa opinnoissa. Oire saattaa siis olla hyvin sitkeä, hoitoyrityksistä huolimatta. Lisäksi jos fysioterapian eksplisiittisenä tavoitteena tällöin on oireen lievittyminen, tapaamiset voivat merkitä toistuvia epäonnistumisen ja turhautumisen kokemuksia sekä potilaalle että itselleni terapeutina.

Jos fysioterapian ensisijaisena tavoitteena ei ole oireiden lievittyminen, niin mikä sitten? Roxendalin mukaan psykiatrisessa fysioterapiassa on oma erityislaatuinen tavoitteensa, jonka sisällä oireen lievittyminen voi olla osatavoitteena. Kun fysioterapian yleisesti ottaen tulee tukea optimaalisen toimintakyvyn ja tyytyväisyyden toteutumista elämässä, hoidettaessa psykosomaattisia tiloja ja psykiatrisia potilaita erityisen ammattikohtaisen tavoitteen tulisi olla *kehon integroiminen kokonaisuutena yksilön identiteettikokemukseen*. (Roxendal 1987, 23.) Roxendal kirjoittaa: ”Kaikilla ihmisillä on tiedostettu tai tie-



dostamaton käsitys itsestään persoonana. Kaikki eivät ole itsestään selvällä tavalla integroineet kehoaan tähän käsitykseen. Monet kysyvät lääkäriltä, kuinka he voivat, toiset yrittävät väheksyä tai eivät ymmärrä oman kehonsa signaaleja. Fysioterapeutin erityinen tavoite ja erityisalue on auttaa potilaita todella tiedostamaan kehoaan, tuntemaan sitä, ymmärtämään, kunnioittamaan ja käsittelemään sen signaaleja sekä hallitsemaan kehon kannattelua ja liikkeitä.”

### 3 LIIKEASPEKTI JA KOKEMUSASPEKTI

Perinteisesti liike, ja liikkeen alueella erityisesti motorinen kontrolli ja liikuntakyvyn mekaaninen ymmärtäminen, on alue, jonka fysioterapeutit hallitsevat hyvin. Psykiatrian puolella, missä työskennellään psyykkisen elämän häiriöiden kanssa, vähintään yhtä tärkeä ellei tärkeämpi on kuitenkin alue, mitä Roxendal nimittää *kokemusaspektiksi* (upplevelseaspekt) erotettuna em. *liikeaspektista* (rörelseaspekt) (Roxendal 1987, 28, 152). Liikeaspekti viittaa enemmän toiminnalliseen, ulospäin näyttäytyvään keuhhallintaan ja liikkeenlaatuun, kun taas kokemusaspekti viittaa siihen, kuinka ihminen kokee, tiedostaa ja tuntee oman kehonsa ja sen reaktiot. Tarkasteltiinpa ihmistä sitten liikeaspektista tai kokemusaspektista käsin, molemmissa näkökulmissa on mahdollista painottaa emotionaalisia tekijöitä. Yhtäältä tapa liikkua ja kannatella kehoa on sanatonta viestintää, joka ilmaisee jotakin ihmisen sisäisestä maailmasta ja tunne-elämästä. Ihminen ei myöskään pelkää tiedosta kehoaan vaan kehossa koetaan tunteet, kuten ilo, pelko tai viha. (Roxendal 1987, 38-39.)

Psykiatrian puolella kokemusaspekti korostuu, koska potilaiden ongelmatkin ovat keskeisesti kokemustasolla (mutta toki myös vuorovaikutuksen tasolla ja ihan fyysiselläkin tasolla). Kuten Roxendal (1987, 152) kirjoittaa, ”vaikuttavuuden tutkimiseksi psykiatriasella osastolla täytyy potilaan omaa näkemystä vaivoistaan arvioida yhtä tarkoin kuin fysioterapeutin havaintoja toimintakyvystä tai toimintakyvyn puutteista.” Siten psykiatriassa fysioterapiassa tutkimisen tulisi pitää sisällään sekä kokemusaspektiin että liikeaspektiin ja toimintakykyyn liittyvää arviointia. Liikeaspektiin liittyviä menetelmiä tutkia potilasta on psykofyysisessäkin fysioterapiassa jo runsaasti olemassa (BAS, ROBE jne.). Miten sen sijaan arvioida potilaan kokemusta omasta kehostaan ja mitä siitä tulisi arvioida?

## 4 KEHONKUVA

Tässä työssä lähden liikkeelle *kehonkuvan* käsitteestä. Psykiatriassa kehonkuvasta kuulee puhuttavan usein. Käsitettä käyttävät niin psykiatrit kuin psykologitkin, joilla on omia menetelmiään kehonkuvan kartoittamiseksi. Fysioterapeutillekin tulee pyyntöjäkin kehonkuvan tutkimiseksi, etenkin silloin, kun nuori on tuonut esiin erityisiä huolia kehoonsa liittyen tai hänellä vaikuttaa olevan kehostaan erikoisia käsityksiä.

Kehonkuvassa havainnot ja ymmärrys omasta kehosta yhdistyvät tunnekokemukseen. Se kertoo siis nimenomaan siitä, miten keho koetaan, eikä sitä voi erottaa ihmisen minäkuvasta ja persoonasta. Se toisin sanoen yhdistää kehon yksilön identiteettikokemukseen ja liittyy siten suoraan Roxendalin psykiatriselle fysioterapialle asettamaan tavoitteeseen.

Teoriassa tämä kuulostaa selvältä, mutta on paljon hankalampaa ymmärtää, mitä tarkalleen ottaen pitäisi tutkia, kun fysioterapeuttina saan pyynnön kartoittaa nuoren kehonkuvaa. Lyhyt kirjallisuuskatsaus osoittaa, että kehonkuvasta (engl. *body image*, suomeksi joko ruumiinkuva tai kehonkuva) on teoretisoitu paljon, milloin filosofian, psykiatrian, psykodynaamisen psykoterapiaperinteen ja milloin neurotieteiden näkökulmasta. Se, mihin kehonkuvalla viitataan, ei ole mitenkään yksiselitteistä, vaan riippuu pitkälti tutkimusalasta ja -perinteestä. (ks. esim. De Preester ja Konckaert 2005, 3.) Olen poiminut ja yhdistellyt joitakin kehonkuvan määritelmiä, joita olen pitänyt olennaisina fysioterapeutin työn näkökulmasta.

### 4.1 Kehonkuvan määritelmiä

Roxendal erottaa toisistaan kehoelämyksen, kekokokemuksen, kekokäsityksen ja keho-tietoisuuden. Kehoelämys on sidoksissa tähän hetkeen ja toisinaan yksittäisiin menneisyyden muistoihin: keho eletään kulloisenakin hetkenä tuntemuksina tai kokemuksena kehossa ja kehosta. Keho varastoi elettyjä tuntemuksia ja kokemuksia ja iän myötä syntyy tietynlaisia kehollisia tapoja reagoida tapahtumiin, mistä syntyy kekokokemus. Kehokäsitykseen puolestaan sisältyy jo kognitiivinen elementti, hieman korkeamman tason tiedostaminen, jota kehoelämykseen ei vielä liity. Kehokäsityksen muodostavat ihmisen havainnot ja tietoisuus kehonsa ulkoisesta olemuksesta, koosta, mittasuhteista, painonjakau-

tumisesta ja rajoista, sekä kokonaisuutena että osina. Roxendalin keho käsitys vastaa neurologiassa usein esiintyvää käsitettä kehon kaava, *body schema*, johon palaan myöhemmin. Roxendalin mukaan englannin termi *body image*, kehonkuva, pitää sisällään kaikki edellämainitut kolme käsitettä, tässä ja nyt koetun kehoelämyksen, iän myötä karttuvan kekokokemuksen sekä tietoisemman elementin sisältävän keho käsityksen (mutta ei kuitenkaan vielä ole samassa määrin tiedostavaa kuin kehotietoisuus). (Roxendal 1987, 29.)

Psykologi ja psykoterapeutti Leena-Maria Blinnikka on kirjoittanut ruumiinkuvasta ja tutkinut sitä. Hän määrittelee ruumiinkuvan tietopohjaiseksi ja tunnepohjaiseksi mielikuvaksi omasta ruumiista. Hänen näkemyksensä kuuluu selkeästi psykologian ja psykodynaamisen perinteen piiriin, missä korostuvat ruumiinkokemuksille annetut merkitykset ja tunnekokemukset. Blinnikan mukaan yksilön identiteetti perustuu keskeisesti hänen omasta ruumiistaan saamiinsa kokemuksiin. Ruumiinkuvan elementteihin kuuluvat kokemus ruumiin ulkomuodosta, kokemus rajoista (sekä ihon rajaamasta pinnasta että keuhollisesta reviiiristä), kokemus ruumiin massasta ja painosta, kokemus ruumiin sisätiloista, kokemus ruumiin aukoista ja ”tuotteista” kuten eritteistä sekä jopa kokemus erilaisista identiteettikokemusta muokkaavista ulkoisista objekteista, joita liitämme ruumiiseen eheyttämään minätunnetta (kuten vaikkapa asusteista mutta voi olla myös toinen ihminen, kuten lapsi äidille) – Blinnikka kutsuu näitä ruumiin sateliiteiksi. (Lintunen ym. 1986, 103 – 104.) Roxendalin ja Blinnikan määritelmiä yhdistää se, että molemmat katavat paitsi kokemuksen kehon ulkoisista ominaisuuksista myös sen, miltä kehossa tuntuu (ruumiin sisätilat), mikä itse asiassa vastaa pitkälti myös nykyisen neurotieteen käsitystä kehon kuvasta.

Timo Klemolan mukaan filosofi Shaun Gallagher ja psykologi Andrew Melzoff ovat määritelleet kehon kuvan *ihmisen omaan kehoonsa liittämien havaintojen, asenteiden ja uskusten systeemiksi*, jonka elementtejä ovat

- 1) havaintokokemukset omasta kehosta,
- 2) käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta (tai kehoista yleensä) sekä
- 2) tunne asenne omaa kehoa kohtaan. (Klemola 2004, 81.)

Gallagher ja Melzoff erottavat toisistaan kehon kaavan (*body schema*) ja kehon kuvan (*body image*), joista ensimmäinen viittaa enemmän asentoa, ulottuvuuksia ja liikettä aistivaan sensorimotoriseen tiedostamattomaan järjestelmään ja jälkimmäinen tietoisem-

paan ja arvioivaan, mutta myös tunnepitoisempaan systeemiin (Klemola 2004, 84; Moseley 2012, 40). Viimeaikaisessa neurologisessa tutkimuksessa tätäkin jakoa on tosin pidetty keinotekoisena. (Moseley 2012, 40.)

## 4.2 Aidot ja kuvitellut havaintokokemukset

Oli määritelmä mikä hyvänsä, kehonkuva muodostuu havaintokokemusten pohjalta. Oman kehon havaintokokemukset voivat olla aitoja aistimuksia tai kuviteltuja. Aidot aistimukset kehosta saamme Klemolan mukaan näköaistin ja tuntoaistin avulla katsomalla tai koskemalla kehoa ulkoapäin, tai proprioseptiivisen aistin avulla silloin kun koemme kehoamme, erityisesti asentoamme, 'sisältä' käsin. (Klemola 2004, 81.) Tähän listaan on syytä lisätä vielä ns. interoseptio, jolla tarkoitetaan aistimuksia kehon fysiologisesta tilasta, kuten kivusta, lämpötilasta, muskulaarisista ja viskeraalisista toiminnoista, verenkierrasta, nälästä, janosta, hapentarpeesta jne. Interoseptiiviset aistihavainnot ovat siis kehon sisätiloihin liittyviä havaintoja. Interoseptiivisiä aistimuksia käsitellään aivosaaressa, jossa syntyvän representaation ajatellaan ihmisillä muodostavan pohjan tuntevalle minälle eli emotionaaliselle tietoisuudelle. (Craig 2003, 500.)

Kuvitellut aistimukset voivat puolestaan olla mielikuvan kaltaisia itse aikaan saatuja aistimuksia, mitä voidaan hyödyntää vaikkapa mielikuvaharjoittelussa. Voimme kuvitella esimerkiksi miltä tuntuu kävellä lämpimällä hiekalla ja saada aikaan itsellemme tämän aistimuksen. Psykiatriassa näkyy myös se, mistä Klemola ei kirjoita, että havaintokokemus voi olla 'epäaito' myös toisella tapaa. Harhainen havaintokokemus ei ole aktiivisesti kuviteltu, mutta se ei myöskään ole todenmukainen aistihavainto. Silti se koetaan hyvin todenmukaisena. Psykoottinen potilas voi aidosti kokea, että raajoja puuttuu tai ettei hän hengitä lainkaan. Syömishäiriöinen todella näkee itsensä lihavana. Mielenkiintoinen kysymys pohdittavaksi olisikin se – joskin ihan toisen työn aihe – missä määrin ja millä tavoin omat tunne- ja mentaaliset tilamme, uskomuksemme ja ajatuksemme vaikuttavat havaintoon omasta kehostamme. Psykiatriassa tämä on aivan keskeinen kysymys. Se nousee esiin esimerkiksi syömishäiriötä sairastavan vaikeudessa arvioida omaa vyötäröympäristään objektiivisesti tai konversiohäiriötä sairastavan kokemuksessa, että jalat eivät kannu, vaikka niissä ei voida todeta mitään vikaa.

### 4.3 Merkitykset, uskomukset ja tunneasenne

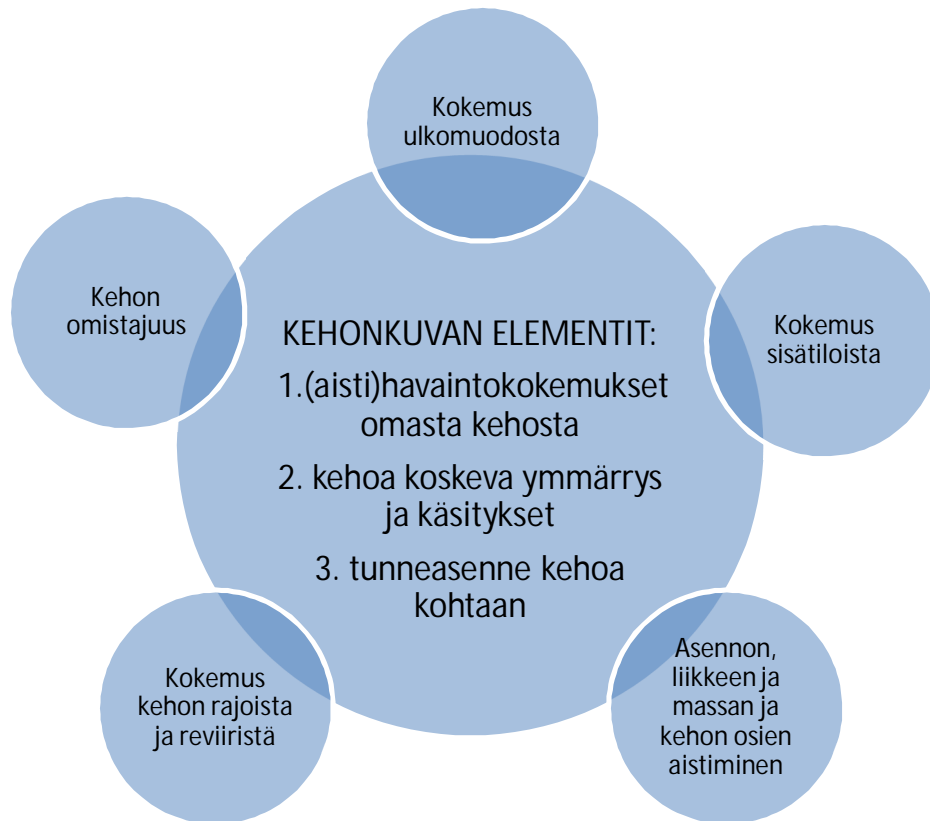
Kovin paljon tarkemmin Klemolan siteeraamat kirjoittajat eivät määrittele sitä, mitä tarkoittaa käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta tai tunneasenne omaa kehoa kohtaan. Mielestäni nekin kuitenkin ovat hyvin tärkeät kohdat psykiatristen potilaiden kohdalla. Ihminen antaa merkityksiä kehosta nouseville havainnoille. Hänellä on erilaisia omaa kehoaan koskevia uskomuksia ja käsitys siitä, miten oma keho tai keho yleensä toimii ja reagoi. Toisinaan käsitykset voivat olla virheellisiä. Esimerkiksi voimakkaaseen sosiaaliseen jännittämiseen hyvin usein liittyy se, että ihminen tulkitsee autonomisen hermoston normaalin viriämisreaktion kehon hälytyssignaaliksi siitä, että jokin on pielessä, mikä puolestaan voimistaa pelko- ja paniikkireaktiota (Minna Martin, Jännittäjäryhmän ohjaaja –koulutusmateriaali 2014). Hän siis toisin sanoen liittää omasta kehostaan nouseviin havaintoihin tiedostamattomia virheellisiä uskomuksia.

Lisäksi ihmisellä on kehoonsa tunnesuhde. Suhteessa omaan kehoonsa ihminen voi olla esimerkiksi kielteinen, inhoava, huolestunut, välinpitämätön tai yhtä lailla hyväksyvä, luottavainen, huoltapitävä. Tiedetään, että kielteiset asenteet omaa kehoa kohtaan värittävät koko kokemusmaailmaamme ja altistavat kielteisille käsityksille itsestä ja omasta pystyvyydestä laajemminkin. Toisaalta ihminen saattaa tiedostamattaan projisoida kehoonsa ja oireilla kehollaan puutteellisuuksia, joita tosiasiasa kokee aivan muissa ominaisuuksissaan tai persoonassaan. (Cash & Pruzinsky 1990, 340 – 341.)

## 5 KEHONKUVAN ASPEKTIT PSYKIATRISSESSA FYSIOTERAPIASSA

Edellisessä luvussa esiteltyjen teorioiden pohjalta, ja osin kokemukseeni nojaten, olen hahmotellut kehonkuvan eri aspekteja, joihin ajattelen, että fysioterapeuttina psykiatriassa voisi olla tärkeää kiinnittää huomiota nuoren kekokemuksesta tutkittaessa. Näitä aspekteja ovat 1) kokemus omasta ulkomuodosta ja -näöstä, 2) kokemus kehon sisätiloista, 3) asennon, liikkeen, massan ja kehon osien kokeminen, 4) kokemus kehon rajoista ja reviiristä sekä 5) kokemus kehon omistajuudesta. Näistä erityisesti kokemus omasta ulkomuodosta ja kokemus kehon sisätiloista on osin tutkittavissa alkututkimislomakkeen avulla, jollaiset olen hahmotellut tämän työn liitteissä (1 ja 2). Sen sijaan asennon, liikkeen, massan ja kehon osien aistiminen, kokemus kehon rajoista sekä kehon omistajuus selviää – siltä osin kuin selviää – parhaiten fysioterapiaprosessin aikana, enkä ole niitä varten omaa lomaketta lähtenyt kehittämään. Jokaiseen näistä aspekteista liittyy yhtäältä havaintokokemukset ja toisaalta se, minkälaisia merkityksiä ja tulkintoja näille kokemuksille annetaan (kehoa koskeva ymmärrys ja uskomukset) sekä niihin liittyvä tunnekokemus.

Kehonkuvan olennaisia aspekteja psykiatrista nuorta tutkittaessa voisikin kuvata kuvion 1 avulla. Pyrin tässä luvussa vielä avamaan näitä eri aspekteja erikseen.



KUVIO 1. Kehonkuvan aspektit psykiatrista nuorta tutkittaessa

Jos kehonkuva ymmärretään neurotieteen näkökulmasta, ajatellaan usein, että kokemus ulkomuodosta syntyy pohjautuen visuaalisiin ja taktiilisiin aistihavaintoihin (ihminen voi katsoa ja koskettaa itseään). Kokemus sisätiloista puolestaan muodostuu aivoissa intero-septiivisten, kehon fysiologisia prosesseja koskevien aistihavaintojen pohjalta. Asentoa, liikettä ja kehon osia aistitaan proprioseptiivisen aistin kautta ja kokemus kehon fyysisistä rajoista puolestaan liittyy taktiiliseen aistiin. Kuten olen jo vähän pyrkinyt avaamaan, psykiatriassa on kuitenkin otettava huomioon myös toisenlaisia tekijöitä kuin vain aistien kautta aivoihin viestittyvät havainnot ja tietoisuus niistä. Havainnot itsessään voivat olla harhaisia, kuviteltuja tai vääristyneitä. Psykiatriassa tulee erityisen näkyväksi se, miten mieli ja mielentila vaikuttavat havaintoomme omasta kehostamme. Aisteihinkaan ei voi enää luottaa, saati omiin käsityksiin siitä, mitä omassa kehossa tapahtuu. Voisi sanoa, että olennaista psykiatriassa on juuri se, mikä tavallisesti jää maininnan tasolle: havaintokokemukset kehosta sekä ihmisen psyyke ovat jatkuvassa vuorovaikutteisessa suhteessa toisiinsa.



## 5.1 Kokemus ulkomuodosta

Arkikielessä kehonkuvalla tarkoitetaan tavallisesti sitä, millaiseksi ihminen havaitsee ja kokee oman ulkomuotonsa ja minkälaisia subjektiivisia merkityksiä hän sille antaa. Tässä mielessä kehonkuva vaikuttaa meidän useimpien arkipäivässä: mielikuvaa omasta ulkoisesta olemuksesta verrataan tietoisesti tai tiedostamatta normatiiviseen käsitykseen siitä, miltä oman ikäisemme ja omaa sukupuoltamme olevan yksilön odotetaan kulttuurissamme (tai alakulttuurissa) näyttävän. Omaa ulkoista olemusta kohtaan muodostuu tunnesuhde, esim. hyväksyvä tai kielteinen, jopa inhoava. Tavallaan kokemus ulkomuodosta on siis hyvin yksityinen kokemus mutta kun siihen samalla liittyy peilausta kulttuuriin normeihin ja odotuksiin, se on myös sosiaalinen ja jaettu asia. Kuten Blinnikka kirjoittaa, ulkomuoto on ”ruumiin roolittaja”: se antaa ruumiille sen sosiaalisen merkityksen. Ulkomuoto on myös se, johon voimme kehossamme helpoimmin ja näkyvimmin vaikuttaa. (Lintunen ym. 1986, 103.)

Sillä, kokeeko ihminen itsensä rumaksi tai viehättäväksi, on kauaskantoisia seurauksia kokonaisvaltaisen elämänlaadun kannalta. Kuten Herrala ym. (2008, 44) kirjoittavat, se, mitä ihminen havaitsee katsoessaan peiliin, vaikuttaa hänen halukkuuteensa luoda kontakteja muihin ja siten koko sosiaaliseen kanssakäymiseen. Eräässä tutkimuksessa tutkittiin kokoon liitettyjen mielikuvien, vaikutuksia elämänlaatuun normaalipainoisilla ihmisillä ja ilmeni, että omaan kokoon liitettyillä mielikuvilla (sillä kokiko ihminen itsensä normaalipainoiseksi vai ylipainoiseksi) vaikutti olevan jopa suurempi merkitys kuin mitatulla painolla ihmisen minäkuvan ja elämänlaadun kannalta. (Cash & Pruzinsky 1990, 64 – 65.)

On tärkeää huomata, että ihmisen mielikuvat omasta ulkoisesta olemuksestaan ovat hyvin subjektiivisia eivätkä ne aina vastaa sitä kuvaa, joka näyttäytyy ulkopuoliselle. Käsitys omasta ulkomuodosta voi siis olla hyvinkin vääristynyt tai epärealistinen. Syömishäiriöissä ristiriita oman kokemuksen ja havaintojen sekä ulkopuolisten havaintojen välillä näyttäytyy erityisen selvästi. Yksilö itse kokee ja havaitsee olevansa ylipainoinen samalla kun hänen koko olemassaolonsa on uhattuna aliravitsemuksen vuoksi. Ruumiinkuvan dysmorfisesta häiriöstä kärsiessään henkilö puolestaan kokee jonkin ulkopuolisten näkö-

kulmasta normaalin tai vain lievästi poikkeavan kehonosan (esim. nenä tai korvat) pakonomaaisesti rumaksi ja toisissa inhoa herättäväksi, jopa siinä määrin, että vetäytyy kokonaan sosiaalisista kontakteista.

Liitteessä 2 on esitelty tutkimislomake, joka on tarkoitettu osaksi alkukartoitusta sekä avaamaan ulkonäön teemaa keskusteluun fysioterapiassa nuorten kanssa.

## 5.2 Kokemus sisätiloista

Kehonkuvaan kuuluu olennaisesti myös kokemus kehon sisätiloista ts. siitä, miltä kehossa tuntuu. Interoseptiivisen aistin kautta saamme kaiken aikaa signaaleja sisältämme, joskin vähemmän silloin, kun olemme terveitä, hyvinvoivia ja ravittuja. Olemme lisäksi eri tavoin herkkiä sille, missä määrin rekisteröimme kehomme olemassaoloa ja signaaleja. Tavanomaisimpia tuntemuksia, joita meistä lähes jokainen ainakin ajoittain kokee, ovat erilaiset lihasjännitykset, kivut ja säryt, vatsavaivat sekä sympaattisen hermoston aktivoitumiseen liittyvät tuntemukset, jotka usein koetaan epämiellyttävinä (nopeutunut tai hankaloitunut hengitys, sydämen tykytys, hikoilu, hermostuneisuus ja jännittyneisyys jne.). Vireystilaan liittyvät kokemukset nousevat nuorilla usein esiin, erityisesti väsymys. Vaikka negatiivisia oireita huomioidaan selvästi herkemmin, ja niitä tulee myös fysioterapeuttina kysytyä helpommin, toisinaan kehossa tuntuu myös hyvältä. Voi olla rento, rauhallinen, lämmin tai pirteä olo.

Kehonkuvasta kertoo jotakin myös tuntemusten *puute*. Ei ole lainkaan tavatonta, että esimerkiksi pyydetessä värittämään kehopiirroksen kehossa tuntuvia tuntemuksia, nuori ei löydä niitä lainkaan tai löytää vain pienestä osasta kehoa, esimerkiksi pelkästään pään alueelta. Kivusta kärsivä saattaa kerta toisensa jälkeen värittää kehopiirroksen ainoastaan kipunsa. Toisinaan ristiriita oman havainnon ja nuoren raportoiman kokemuksen välillä yllättää: huono ryhti ja päällepäin näkyvä lihasjännitys eivät aina tarkoita, että nuori todella kokisi lihasjännityksiä. Kehotuntemusten puute voi liittyä yksinkertaisesti siihen, ettei nuori ole tottunut huomioimaan kehoaan, jolloin kehotuntemukset saattavat olla heräteltävissä melko helposti. Hankalammissa tapauksissa voi kuitenkin olla kyse ennemminkin siitä, että yhteys omaan kehoon tuntuu olevan ikään kuin poikki (etenkin psykoottiset tilat) tai että kehossa mikään ei oikein tunnu miltaan.

Merkitystä fysioterapian kannalta on myös sillä, minkälaisia merkityksiä kehon sisätiloista nouseville tuntemuksille annetaan: ovatko ne tuntemuksia vai 'oireita'. On eri asia, jos ihminen havaitsee epämiellyttävän tuntemuksen mutta ajattelee kyseessä olevan ohimenevän vaivan kuin jos tuntemus tulkitaan kehon hälytysmerkiksi ja oireeksi vakavasta sairaudesta. Työ psykiatriassa on osoittanut, että kaikenlaiset tavanomaisetkin tuntemukset rasituksen jälkeisestä lihaskivusta kehollisen kiihtymisen merkkeihin voidaan kokea signaaleiksi jostakin vakavasta tilasta. Tällöin käsitys normaalista kehon toiminnasta on usein virheellinen tai puutteellinen.

Sisätiloihinsa ihminen voi lisäksi liittää lähes mitä tahansa mielikuvia ja merkityksiä, koska se, mitä sisällämme todellisuudessa tapahtuu, jää pitkälti arvailuiden varaan. Sen vuoksi erilaisia epämääräisiä oireita aistiva ihminen voi kokea olevansa hyvin sairas ja olla jatkuvasti hyvin huolissaan kehonsa tilasta, vaikka kaikki saatavilla olevat lääketieteelliset tutkimukset todistaisivat päinvastaista. Ihmisen kokemus ja huoli siitä, että terveydentila on huono, tulisi ottaa hyvin vakavasti. Yhtäältä jos tämä kokemus mitätöidään, oire ei todennäköisesti parane, ja toisaalta huoli ja pelko johtavat herkästi sairaus- ja välttämiskäyttäymiseen ja sitä kautta yleensä oireiden pahenemiseen. Ihmisen kokemus ja huoli omista oireistaan ja terveydentilastaan on juuri sitä kehon kokemusaspektia, jota Roxendalin mukaan psykiatriassa täytyy arvioida ja tutkia.<sup>1</sup>

Psykiatriassa tapaa toisaalta myös sitä, että tuntemukset omassa kehossa voivat saada täysin poikkeavanlaisia, psykoottisia merkityksiä (esim. ”ihoni alla luikertelee käärme”), jolloin tuntemukset saavat aikaan poikkeuksellisen voimakasta pelkoa ja ahdistusta.

Sisätiloista tulevien signaalien huomioiminen ja niille annetut merkitykset ovat psykiatriassa tärkeitä sikäläkin, että useimmissa tunneteorioissa tunteiden tai emootioiden ajattelun sisältävän jollakin tapaa fysiologisen elementin, fyysisen tuntemuksen. Tunteiden ajatellaan useimmiten koostuvan vuorovaikutteisesti toimivista fysiologisten reaktioiden (esim. autonomisen hermoston reaktiot), tunneilmaisujen, omakohtaisten kokemusten ja

---

<sup>1</sup> Ihmisen kokemus ja huoli omista oireistaan tulisi itse asiassa huomioida fysioterapiassa muuallakin kuin psykiatriassa. Markku T. Hyyppä on kirjoittanut somatisaatiosta teoksessaan *Tunteet ja oireet*. Somatisaatio tarkoittaa ”taipumusta kokea ja viestiä sellaisia ruumiillisia vaivoja ja oireita, joille ei löydetä elimellistä syytä, ja luulla niitä ruumiillisiksi taudeiksi sekä etsiä kyseisille vaivoille lääketieteellistä apua” (1997, 81 - 82). Somatisaatio on yleinen ilmiö perusterveydenhuollossa, sillä kuten Hyyppä kirjoittaa, se ei ole mielerveydenhäiriö vaan ”paremminkin tavallisen ihmisen tavallinen ongelmien ratkaisuyritys”. (Hyyppä 1997, 74, 81 - 83.)

kognitiivisen tulkinnan osa-alueista. Erimielisyyttä on enimmäkseen siitä, mikä on näiden ajallinen järjestys ja painotus. (Kokkonen 2010, 15.) Tästä voidaan päätellä, että kehotuntemusten tunnistamisella ja kyvyllä tulkita niitä oikein, on yhteys tunteiden tunnistamiseen ja tunteiden menestyksekkääseen säätelyyn. Esimerkiksi aleksitymiaan, vaikeuteen tunnistaa ja sanoittaa tunteita, liittyy, että ihmisen on usein vaikea erottaa tunteitaan aistihavainnoista ja ruumiin muista tuntemuksista (Kokkonen 2010, 31). Voidaan myös pohtia, missä määrin ihminen voi kokea ja tunnistaa tunteitaan silloin, jos kehossakaan mikään ei juuri tunnu miltään.

Liitteessä 2 on esitelty tutkimislomake kehonkuvan tutkimiseen kehotuntemusten ja sisätilakokemuksen osalta.

### **5.3 Asennon, liikkeen, massan ja kehon osien aistiminen**

Kokemus asennosta, liikkeestä ja kehon osista (sekä niiden sijainnista) voi häiriintyä psykiatrisissa tiloissa monellakin tapaa. Vakavimmin tämä näyttäytyy psykoottisissa häiriöissä, joissa yksinkertaisetkin liikkeet (esim. polven ojennus) voivat olla liian vaikeita löytää. Psykoottiselle voi olla mahdotonta nimetä, missä jokin liike tuntuu tai mihin sillä pyritään. Liikkeestä tulee mekaanista, kokemus puuttuu. Toisaalta lievemmissä häiriöissä kyse voi olla enemmän kehon huomioimattomuudesta ja hahmottamisen pulmista.

Asennon ja liikkeen osalta voidaan huomioda paitsi niiden laatua, myös niihin liitettyjä merkityksiä ja niiden herättämiä tiedostettuja tai tiedostamattomia reaktioita. Jotkut liikkeet, liike yleensä tai jotkut asennot voivat esimerkiksi olla pelottavia tai synnyttää autonomisen hermoston reaktioita. Yhtä hyvin ne voivat saada aikaan rentoutumista ja tuntua turvallisilta.

Kokemus kehon massasta ei niinkään riipu objektiivisesta painosta. Esimerkiksi depressoivinen ihminen voi kokea kehonsa raskaaksi epämiellyttävällä tavalla (Lintunen ym. 1986, 104). Toisaalta painavuuden ja raskauden kokemus kuuluu myös rentoutumiseen. Tavallisesti tämä koetaan miellyttävänä, mutta joissakin tilanteissa se voi olla myös pelottavaa ja epämiellyttävää. Se voi tuoda mieleen esimerkiksi kokemuksen lamaantumista ja puolustuskyvyttömyydestä tai merkitä kontrollista luopumista.

#### 5.4 Kokemus kehon rajoista ja reviiristä

Blinnikan mukaan kehon rajan kokemuksia on kahdella eri tasolla. Ihminen aistii ihon muodostaman rajan, joka on fyysinen raja yksilön ja ympäristön välillä. Psykiatrisilla potilailla voi olla kokemuksia siitä, että tämä raja on hauras tai paikoittainen. Tämän rajan lisäksi ihmisellä on oma kehollinen reviirinsä, etäisyys, jonka hän haluaa säilyttää muihin Blinnikan mukaan, ”jottei toinen pääsisi tunkeutumaan hänen minuutensa sisäpuolelle”. (Lintunen 1986, 103.) Martin ym. (2010, 155) mukaan esimerkiksi hengityksellä oireilevilla on vaikeuksia oman erillisyyden ja omien rajojen kokemisen kanssa.

Monilla psykiatrisilla nuorilla on kokemuksia siitä, että hänen rajojaan on rikottu. Kyse voi olla fyysisen koskemattomuuden rikkomisesta tai siitä, että nuoren reviiriä ei ole kunnioitettu. Nämä kokemukset eivät kovin usein verbalisoidu fysioterapiassa mutta ne heijastuvat hyvin erilaisiin tekijöihin, kuten asentoon, autonomisen hermoston reaktioihin tai kykyyn ottaa oma tila esimerkiksi yksinkertaisesti ilmaisemalla, että nuori toivoo tai ei toivo jotakin tai pitää tai ei pidä jostakin. Lihasjännityskin voi olla tapa vahvistaa kokemusta kehon rajoista (Martin 2010, 155).

#### 5.5 Kehon omistajuus

Viime aikoina neurologian puolella on ollut pohdintaa kehon omistajuudesta, minkä ajatellaan näkyvän mm. siinä, miten ihminen voi alkaa kokea osaksi kehoa vierasesineitä tai vastaavasti osia omasta kehosta vieraaksi, jopa siinä määrin, että hän alkaa kokea heikommin kehonosaan kohdistuneet aistiärsykkeet (Moseley 2012, 41).

Psykiatriassa on tiedetty jo pitkään, että ihminen voi erilaisista psyykkisistä syistä lakata kokonaan tuntemasta jonkin kehonosan tai jopa koko kehon. Olen tavannut psykoottisessa tilassa nuoren, joka on nopeasti menettänyt psyykkisistä syistä kaiken toimintakykynsä, myös fyysisen, ja kyennyt enää vain makaamaan sängyssään ja liikuttelemaan silmiään. Koska psykoottisista tiloista ei välttämättä jää muistikuvaa ja psykoottisessa tilassa ollessaan potilas ei kykene itsereflektioon, ei varmaankaan koskaan tule selviämään, miten tämä nuori sillä hetkellä *koki* oman kehonsa, mutta ehkäpä hän on kokenut, että

hänen oma kehonsa ei ole kuulunut hänelle (hän tosiaankin hämmästellen katsoi esimerkiksi omia käsiään). Toisella nuorella puolestaan konversiohäiriö ilmeni siten, että hänen jalkansa tuntuivat liikuteltaessa samalta ja käyttäytyivät samoin kuin halvauksen jälkeiset spastiset alaraajat: ne olivat tunnottomat eikä nuori kyennyt niitä tahdonalaisesti liikuttamaan. Usein kuulee puhuttavan siitä, että ”yhteys omaan kehoon on poikki”, mutta minusta saman asian voisi nähdä kehon omistajuuden pulmana, ikään kuin oma keho tai sen osat eivät kuuluisikaan nuorelle itselleen.

Lievempänä, ei pelkästään psykiatrisena ilmiönä, tapaa paljon myös eräänlaista kehon huomiotta jättämistä. Eletään elämää ikään kuin kehoa ei olisikaan, välittämättä sisätilojen signaaleista, kehon tarpeista ja hyvinvoinnista, oman kehon tai muiden kehojen revii-reistä tai omasta ulkonäöstä – joskus jopa välittämättä kaikista näistä. Keho on ikään kuin vieras esine, jota kuljetetaan mukana ja joka on majapaikka vain ikäville tuntemuksille, kuten ahdistukselle tai kivulle. Fysioterapeutti Maj-Kristine Lindgrenin esitelmästä inspiroituneena päädyin pohtimaan näitäkin pulmia kehon omistajuuden käsitteen kautta. Käsite on kuitenkin verrattain uusi ja sen pohtiminen olisi kokonaan uuden työn aihe.

## 6 KEHONKUVAN TUTKIMINEN: POHDINTAA

On erilaisia tapoja kysyä nuorelta joko suoraan tai epäsuorasti siitä, miten hän kokee oman kehonsa. Häntä voidaan pyytää joko sanallisesti tai kehopiirroksen värittämällä kuvailemaan tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä omaan kehoonsa. Michel Probstin kehittämän Body Attitude Test:in (BAT), kehofiguurien ja kehopiirroksen avulla voidaan selvittää omaa koettua ulkonäköä ja siihen liittyviä asenteita ja tunneasennetta. Koke-musta kehon sisätiloista puolestaan selvitetään erilaisin oirekyselyin (BAI, Nijmegenin kysely) tai pyytämällä nuorta värittämään tunteuksia kehopiirroksen. HYKS nuoriso-psykiatriassa olemme käyttäneet opinnäytetyönä<sup>2</sup> kehitettyä tutkimislomaketta, jossa nuori arvioi janalle oman terveydentilansa, kokemansa kivun ja ulkonäkönsä, sen lisäksi, että tyytyväisyyttä ulkonäköön kartoitetaan kehopiirroksen värittämällä. Käytössämme on myös kuvailevien sanojen lista, josta nuorta pyydetään ympyröimään sopivimmat: lis-taan sisältyy sanoja aina fyysistä ominaisuuksista ja tunteuksista psyykkisiin. Erilaisia lomakkeita on lukemattomia.

Tässä työssä päädyin kehittelemään kaksi hyvin yksinkertaista lomaketta hyödyntäen jo olemassa olevista lomakkeista hyväksi todettuja elementtejä. Ne kartoittavat kehonkuvaa ja toimivat keskustelun tukena ulkonäköön ja kehon sisätiloihin liittyviä kokemuksia kar-toitettaessa. Nuorten kanssa ovat toimineet hyvin ns. liukujanat, jossa omaa kokemusta arvioidaan kahden ääripään välillä janalle merkitsemällä (ilman numeerista arviointia). Myös väritystehtävät tuottavat monien nuorten kohdalla enemmän informaatiota kuin sa-nalliset kysymykset. Kun samoja asioita kysytään useaan kertaan eri tavoin (väritysteh-tävä, liukujana, kehotuntemuskysely rasti ruutuun -periaatteella) nuori usein päätyy ker-tomaan itsestään enemmän kuin vain yhdellä tavalla kysyttynä. Samalla ne ovat kuitenkin melko nopeita täyttää.

Olennaista on se, että lomakkeita käyttävä fysioterapeutti ymmärtää tutkivansa kehonku-vaa, jolloin tavoitteena ei ole löytää parannettavaa oiretta vaan tarkastella sitä, *mitä* ja *miten* nuori kehostaan tuottaa sekä vertailla nuoren esiin tuomia seikkoja oman ammatti-aidon tuomaan 'näppituntumaan'. Tilanne on siis täysin eri kuin jos oltaisiin esimerkiksi kipupoliklinikalla, missä potilaan ilmaistessa, ettei hänellä ole lainkaan kipua, arvioitai-siin, ettei tarvetta hoidolle ole. Sen sijaan tutkittaessa kehonkuvaa psykiatriassa se, ettei

---

<sup>2</sup> Opinnäytetyön tekijöiden nimet ovat valitettavasti aikojen saatossa monistuneet epäselviksi.

potilas tunne lainkaan mitään kehotuntemuksia, merkitsee todennäköisesti hyvin perusasioista lähtevää ja melko pitkää fysioterapiatyöskentelyä.

Tosiasia kuitenkin on, ettei kehonkuvaa voi yksinkertaisesti lomakkeilla tutkia vaan käsitys nuoren kehonkuvasta syntyy ja muovautuu keskusteluissa ja harjoitusten myötä koko fysioterapiaprosessin ajan. Tässä on juuri fysioterapian vahvuus: harjoitusten avulla päästään kekokokemusten äärelle ihan toisella tavoin kuin keskustelun keinoin. Fysioterapeutti voi verrata nuoressa havaitsemiaan reaktioita siihen, mitä tämä sanallisesti tuottaa, sanoittaa omia havaintojaan ja vahvistaa nuoren kykyä tunnistaa ja sanoittaa omaa kokemustaan. Parhaimmillaan psykiatrinen fysioterapia on keskustelukontaktiin valmistavaa työtä ja avaa väyliä psyykkisten asioiden sanoittamiseen.

Tämän kehittämistehtävän suurin anti minulle on ollut se, että olen voinut paneutua pohtimaan perusteluja sille, mitä jo joka tapauksessa olen joka päiväisessä työssäni tehnyt. Siitä on syntynyt teoreettinen viitekehys kehon kokemusaspektin tutkimiselle, josta toivottavasti voivat ammentaa muutkin kuin psykiatriassa työskentelevät fysioterapeutit. Mielestäni kehon kokemusaspektin kautta voi toteutua Gertrud Roxendalin psykiatriselle fysioterapialle antama erityislaatuinen tavoite. Se, että keho ei olisi nuoren kokemuksessa jokin ajatuksista ja tunteista irrallinen asia. Se, että kehon signaalit eivät olisi kieltä, jota tarvitaan lääkäri tai muu asiantuntija selittämään. Se, että kehosta ulospäin näyttyvän muodon ei tarvitsisi olla jatkuvan kielteisen arvioinnin kohteena. Se, että keho integroituisi nuoren kokemukseen siitä, kuka ja millainen hän on.



## LÄHTEET

Blinnikka Leena-Maria (1995): Ruumiinkuva ja kokonaisilmaisun ryhmäterapia. Teoksessa Lintunen, Taru, Koivumäki, Kari ja Säilä, Hannu (toim.): Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. s. 103 – 108. SMS-Tuotanto Oy, Helsinki.

Cash, Thomas. F., Pruzinsky, Thomas (1990) (eds.): Body Images. Development, deviance and change. The Guilford Press, New York.

Craig, AD (2003): Interoseption: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*. 13(4): 500 – 505.

Herrala, Helinä, Kahrola, Tytti, Sandström, Marita (2008): Psykofyysinen ihminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Hyypä, Markku T. (1997): Tunteet ja oireet. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Klemola, Timo (2004): Taidon filosofia – filosofin taito. Tampere University Press, Tampere.

Kokkonen, Marja (2010): Ihastuttavat, vihastuttavat tunteet. Opi tunteiden säätelyn taito. PS-kustannus, Jyväskylä.

Martin, Minna, Seppä, Maila, Lehtinen, Päivi, Törö, Tiina, Lillrank, Benita (2010): Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta.

Moseley, Lorimer (2012): Bodily illusions in health and disease: Physiological and clinical perspectives and the concept of a cortical 'body matrix'. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 36, 34-46.

De Preester, Helena ja Knockaert Veroniek (2005): Body Image and Body Schema. Interdisciplinary perspectives on the body. John Benjamins B.V., Amsterdam. Otteita kirjasta luettavissa osoitteessa <https://books.google.fi/books>.

Roxendal, Gertrud (1987): Ett helhetsperspektis – sjukgymnastik inför framtiden. Studentlitteratur

1(4)

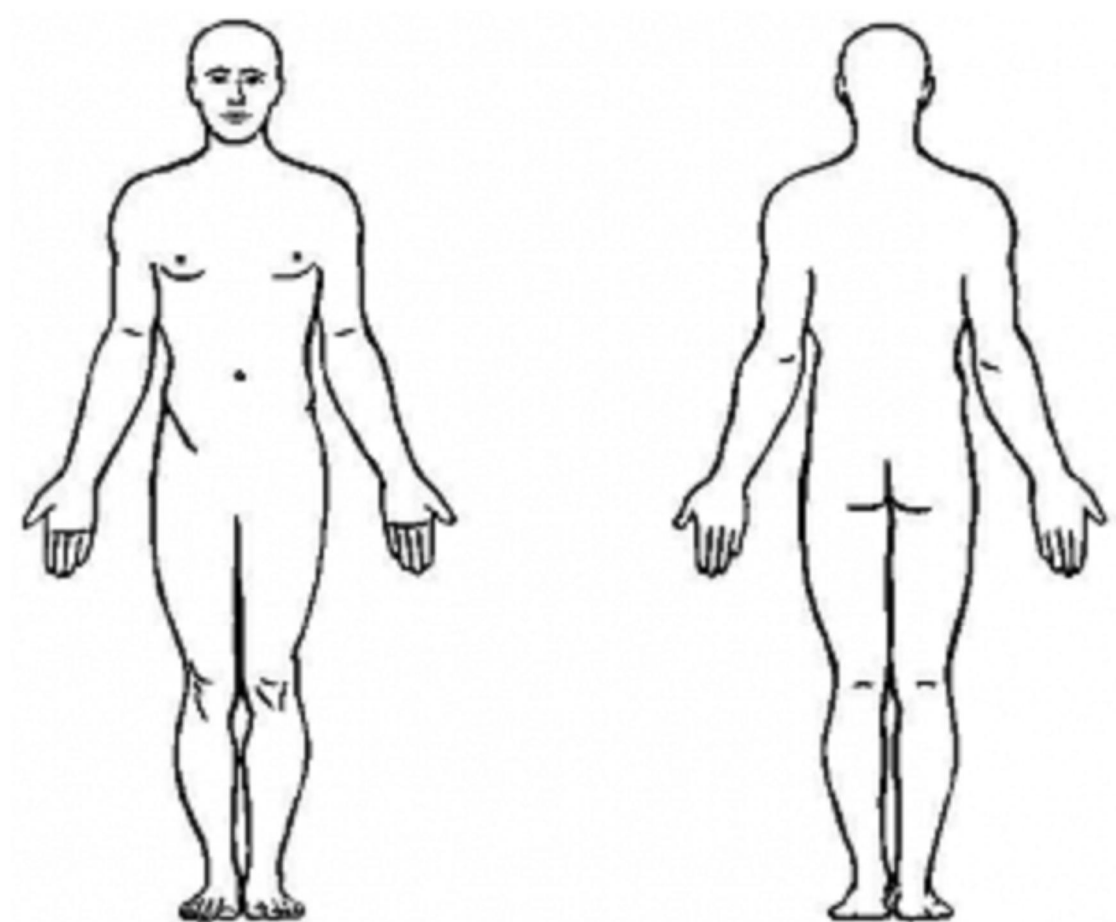
**LIITTEET**

Liite 1. Tutkimislomake nuorisopsykiatria: ulkonäkö ja -muoto

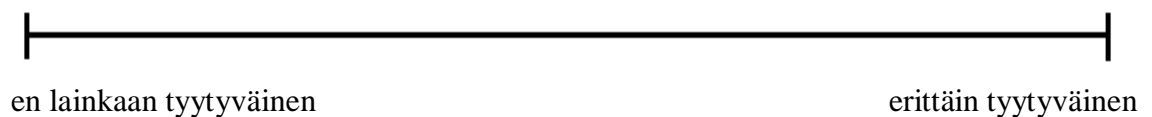
**Miten koen ulkonäköni**

Väritä kuvaan

- punaisella alueet, joihin olet tyytyväinen kehossasi
- sinisellä alueet, joihin olet tyytymätön kehossasi
- vihreällä alueet, jotka koet neutraaleiksi

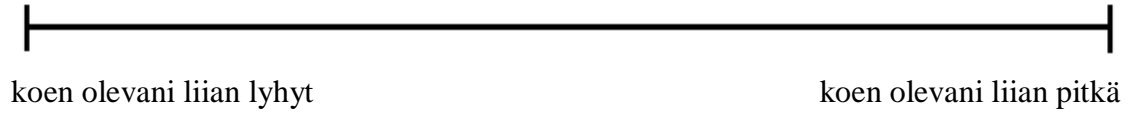


Arvioi alla olevalle janalle, kuinka tyytyväinen olet ulkonäköösi



2(4)

Arvioi alla oleville janoille, miten koet oman kokosi



Onko jotakin, mitä haluaisit muuttaa kehossasi? Mitä?

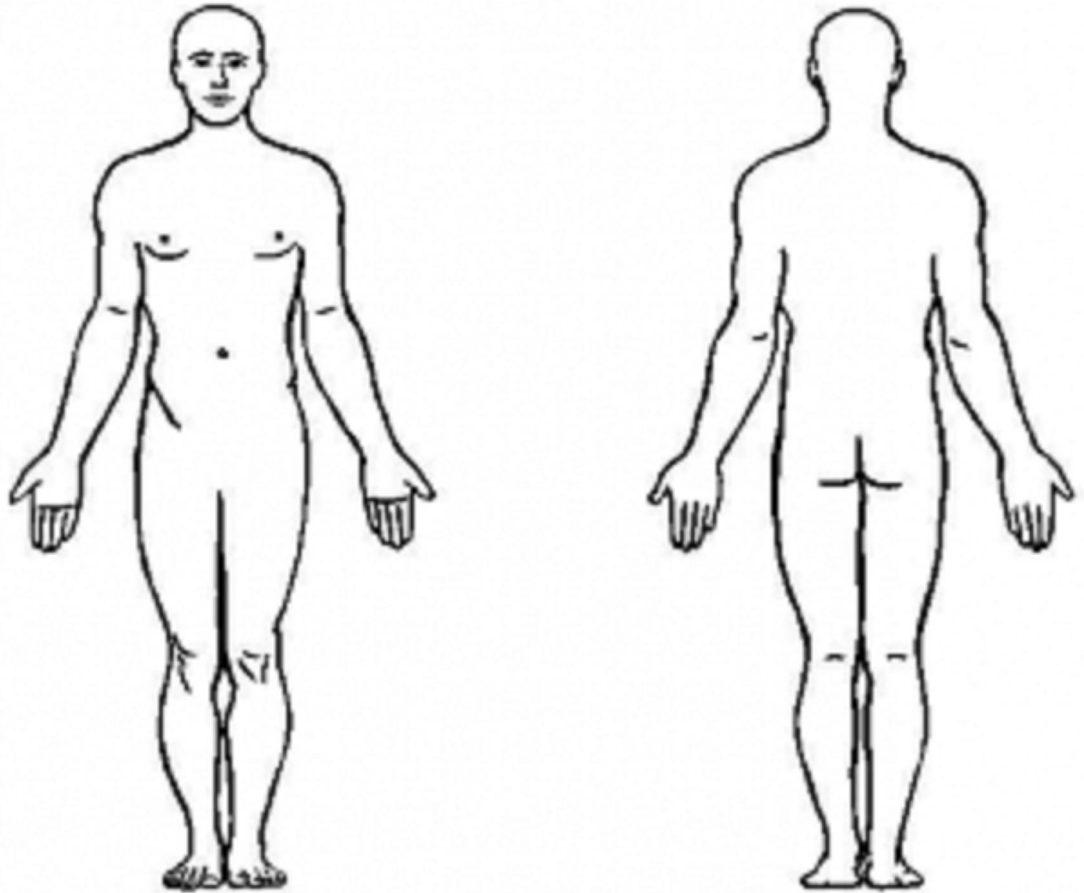
---

## Liite 2. Tutkimislomake nuorisopsykiatriaan: kehotuntemukset

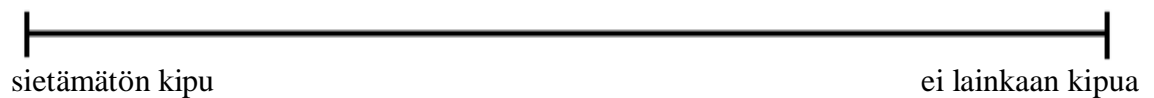
## Miten kehoni voi

Väritä kuvaan

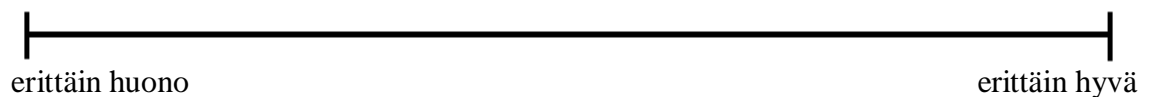
- kipusi ja särkysi
- lihasjännityksesi
- ahdistuksesi
- hyvä olo



Arvioi janalle kipusi

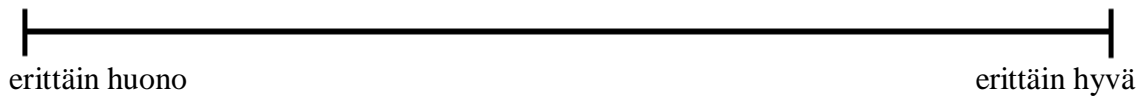


Arvioi janalle terveydentilasi



4(4)

Arvioi janalle fyysinen kuntosi



Merkitse rasti ruutuun.

Kehossani tuntuu

	ei koskaan	harvoin (muutama kerta vuodessa)	joskus (kuukausittain)	usein (viikoittain)	erittäin usein (lähes päivittäin)
lihasjännityksiä					
särkyjä ja kipuja					
päänsärkyä					
vatsavaivoja					
hengenahdistusta					
nopeutunutta hengitystä					
sydämen tykytystä					
kireyden tunnetta rinnassa					
huimausta					
uupumusta ja jaksamattomuutta					
lisääntynyttä energisyyttä					
vaikeutta nukahtaa tai pysyä unessa					
levottomuutta, hermostuneisuutta					
vaikeutta rentoutua					
jännittyneisyyttä					
ahdistuneisuutta					
että ”mikään ei tunnu miltään”					
muita huolettavia/ askarruttavia tunteuksia, mitä?					

Kaiken kaikkiaan oloni on tällä hetkellä (merkitse janalle)

