



KEHONTUNTEMUSHARJOITTEILLA TOIMIVAMPAAN KEHON JA MIELEN YHTEISTYÖHÖN

Marianne Salonen

**Opinnäytetyö
Tammikuu 2008**

Fysioterapia



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) SALONEN, Marianne	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 109 + 24	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi KEHONTUNTEMUSHARJOITTEILLA TOIMIVAMPAAN KEHON JA MIELEN YHTEISTYÖHÖN		
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Merja Kurunsaari		
Toimeksiantaja(t) Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kehontuntemusharjoittelun perusteita sekä pohtia kehon ja mielen yhteyttä. Työ toteutettiin yhteistyössä Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteen kanssa, jossa ohjattiin kehontuntemusryhmää.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksessa kerrottiin kehonkuvasta, tietoisuudesta, kehon kielestä, tunteista sekä kivusta. Näiden asioiden avulla selvennettiin kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen merkitystä fysioterapiassa. Kirjallisuuskatsauksen lopussa kerrottiin, mitä eri osa-alueita kuuluu kehontuntemusharjoitteluun, ja miten niitä voi käyttää harjoittelun tukena.</p> <p>Työhön kuului kehontuntemusryhmän ohjaaminen Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteessä. Ryhmään osallistui viisi työikäistä naista. Ryhmässä suoritettiin alku- ja loppumittaukset, joissa tutkittiin asentoa, rentoutumiskykyä, joustavuutta, hengitystä, jännittyneisyyttä, kehonkuvaa, voimavaroja ja terveydentilaa. Mittauksissa käytettiin Bunkanin voimavarojen arviointilomaketta, jännittyneisyyspiirrosta sekä kyselylomaketta. Alku- ja lopputestausten tarkoituksena oli selvittää ryhmäläisten kehittymistä edellä mainituilla osa-alueella sekä kehittää kehontuntemusryhmän toimintaa. Loppumittauksessa pyydettiin palautetta ja kehittämisideoita ryhmää koskien. Ryhmässä tehtiin erilaisia kehontuntemusharjoitteita, rentoutusharjoitteita, pidettiin tietoisuuksia ja keskusteltiin harjoitteiden herättämistä ajatuksista ja tuntemuksista.</p> <p>Saatuisten tulosten perusteella ryhmäläisten kehontuntemuksessa tapahtui kehitystä. Tähän viittasivat osalla ryhmäläisistä tapahtuneet tukipinta-alan laajeneminen ja siten parantunut ankkurointi, rentoutumiskyvyn paraneminen, kehonkuvan selkiytyminen, kehon tiedostamisen lisääntyminen ja hengityksen positiiviset muutokset. Myös sosiaaliset voimavarat lisääntyivät ryhmäläisillä. Kyseessä oli terveiden työikäisten ryhmä ja tutkimustulokset viittaavat siihen, että myös heillä olisi kehontuntemuksessa paljon kehitettävää. Kehontuntemusryhmä oli hyödyllinen ja ryhmäläiset olivat kiinnostuneita jatkamaan ryhmässä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) kehontuntemusharjoittelu, kehontuntemus, ruumiinkuva, psykofyysinen fysioterapia		
Muut tiedot <p>Opinnäytetyöhön kuuluu lisäksi suojattu liitetiedosto (4 sivua), joka sisältää henkilökohtaisemmat testitulokset. Liitetiedosto on Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteen sekä opinnäytetyöntekijän käytössä. Liitetiedostoa ei ole huomioitu sivumäärää laskettaessa.</p>		

Author(s) SALONEN, Marianne	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 109 + 24	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title BY BODY AWARENESS EXERCISES TO MORE FUNCTIONAL COOPERATION BETWEEN MIND AND BODY		
Degree Programme Degree Programme in Physiotherapy		
Tutor(s) Merja Kurunsaari		
Assigned by Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste		
Abstract <p>The purpose of Bachelor's thesis was to clarify the basics of body awareness training and study the connection between mind and body. The thesis was carried out in cooperation with Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste in Jyväskylä, where a body awareness group was instructed.</p> <p>The Bachelor's thesis's survey of literature contained information about body image, body awareness, body language, emotions and pain. With help of this information comprehensiveness concept of man in physiotherapy was clarified. In the end of the survey of literature different fields in body awareness training was presented and how they can be used to support training.</p> <p>The Bachelor's Thesis included instructing a body awareness group in Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste. Five women of working age participated in the group. A evaluation was carried out in the group in the beginning and in the end, where position, ability to relax, elasticity, breathing, strain, body image, resources and health were examined. In the evaluations Bunkan's evaluations of resources form, strain drawing and a questionnaire were used. The purpose of evaluations in the beginning and in the end was to clarify group members progress in the fields named above and to improve body awareness group action. In the end-evaluation feedback and ideas about developing the group were asked. In the group different body awareness and relaxation exercises were done and short introductions on body awareness were given. In addition emotions and ideas that exercises aroused were discussed.</p> <p>According to the research there was improvement in group members' body awareness. In the research following changes took place on some of the group members: enlargement in supporting surface and improvement on contact to floor, progress in ability to relax, increase in body awareness, positive changes in breathing and body image became clearer. Social resources increased among group members. The research results reveal that group members had still something to improve in their body awareness. Body awareness group was useful and group members were interested in carrying on training in the group.</p>		
Keywords body awareness exercises, body awareness, body image, psychophysical physiotherapy		
Miscellaneous The Bachelor's thesis contains classified appendix (4 pages), which contains more personal information about the results of evaluation. The appendix can be used by the author and Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste. The length of classified appendix is not notified above in the amount of pages.		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 KOKONAISVALTAINEN IHMISKÄSITYS FYSIOTERAPIASSA	5
2.1 Ihmiskäsityksen ja maailmankuvan vaikutus fysioterapeutin työhön.....	5
2.2 Minäkuva, itsetunto ja temperamentti.....	9
2.3 Kehon ja mielen yhteys.....	10
2.4 Neljä olemassaolonmuotoa	12
2.5 Tietoisuus	14
2.5.1 Mitä se on?.....	14
2.5.2 Tietoisuus ja keho.....	16
2.6 Kehonkuva	22
2.6.1 Kehonkuva käsitteenä ja sen muodostuminen	22
2.6.2 Kehominä	26
2.6.3 Kehonkuvan psyykkinen ja fyysinen puoli	27
2.6.4 Kehonkuvan häiriöt.....	31
3 KUINKA KEHO VIESTII?.....	37
3.1 Kehon kieli	37
3.2 Tunteet	39
3.2.1 Tunteiden ilmeneminen kehossa	39
3.2.2 Tunteiden tunnistaminen ja ilmaisu.....	41
3.2.3 Tunteiden säätely.....	43
3.3 Kipu	44
3.3.1 Krooninen ja psykosomaattinen kipu	44
3.3.2 Kipukäyttäytyminen.....	49
3.3.3 Kipukokemus ja kivun säätely	52
4 KEHONTUNTEMUKSEN HARJOITTAMINEN	55
4.1 Kehontuntemuksen harjoittamisen perusteet	55
4.2 Ankkurointi	60
4.3 Keskilinja	61
4.4 Liikekeskus	64
4.5 Hengitys	66
4.6 Virtaus	70
4.7 Tietoinen läsnäolo	72
4.8 Kosketus.....	73
4.9 Terapeutin rooli	75

4.10 Tutkimustuloksia kehontuntemuksen harjoittamisesta	78
5 KEHONTUNTEMUSRYHMÄ	82
5.1 Kokemuksia kehontuntemusryhmistä.....	82
5.2 Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteen kehontuntemusryhmä.....	87
5.3 Tutkimuksen toteutus ja tulokset	88
5.3.1 Asennon arviointi	88
5.3.2 Rentoutumiskyky	89
5.3.3 Joustavuus	90
5.3.4 Hengitys	90
5.3.5 Jännittyneisyyspiirros	92
5.3.6 Terveystila	92
5.3.7 Kehonkuva.....	93
5.3.8 Voimavarat	94
5.3.9 Palaute	95
5.4 Kehittämisideoita syventävän kehontuntemusryhmän avuksi.....	97
6 POHDINTA.....	99
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	99
6.3 Kirjallisuuskatsaus ja kehontuntemusryhmä.....	102
6.4 Jatkotutkimuksia	105
LÄHTEET	107
LIITTEET	110
Liite 1. OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS	110
Liite 2. MAINOS KEHONTUNTEMUSRYHMÄSTÄ.....	112
Liite 3. LUPA TIETOJEN KÄSITTELYYN	113
Liite 4. JÄNNITTYNEISYYSPIRROS	114
Liite 5. OSA BUNKANIN VOIMAVAROJEN ARVIOINTILOMAKKEESTA.....	115
Liite 6. KYSELYLOMAKE KEHONTUNTEMUSRYHMÄN SUUNNITTELUA VARTEN	118
Liite 7. KEHONTUNTEMUSRYHMÄN LOPPUKYSELY JA PALAUTE RYHMÄSTÄ	121
Liite 8. ERILAISIA KEHONTUNTEMUSHARJOITTEITA.....	124
Liite 9. PSYKOFYYSISET FYSIOTERAPIAMENETELMÄT	129
The Body Awareness Therapy- Gertrud Roxendal	129
Norjalainen psykomotorinen fysioterapia	130
Psykodynaaminen kehoterapia.....	130
Liite 10. MUITA KEHONTIETOISUUTTA KEHITTÄVIÄ MENETELMIÄ	132

KUVAT

Kuva 1. Tietoisuuden ja aidon minuuden malli	18
Kuva 2. SI- ja SII-tuntoaivokuorten sijainti aivokuorella sivuttaiskuvassa ja alla SI- edustusalueen vyöhykkeiden ja taaempien parietaalialueiden 5 ja 7 sijainti poikkileikkauksessa A-B	23
Kuva 3. Minäkokemuksen tuottamiseen liittyvä hermoverkosto	29
Kuva 4. Kehonkaavaa rakentavat alueet	30
Kuva 5. Psykosomaattisten oireiden dynamiikka	34

KUVIOT

Kuvio 1. Kantapäiden etäisyys ryhmäläisillä keskimäärin luonnollisesti seistessä (cm)	89
Kuvio 2. Rintakehän liikkuvuus keskimäärin (cm)	91
Kuvio 3. Ongelmat osa-alueittain	93
Kuvio 4. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat	94
Kuvio 5. Oletko viime aikoina pystynyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne?	95
Kuvio 6. Onko sinulla ollut toimielias ja vireä olo viime aikoina?	95

1 JOHDANTO

Ihmisillä on varmasti monenlaisia näkemyksiä kehosta, mielestä sekä niiden yhteydestä. Yhteistä suurimmalle osalle näistä näkemyksistä on, että keho ja mieli nähdään toisiinsa vaikuttavina tekijöinä. Eri tieteenalat ovat selvittäneet tätä suhdetta ja siitä on esitetty monia erilaisia teorioita.

Opinnäytetyöni käsittelee kehontuntemusharjoittelua. Kirjallisuuskatsauksessa selvittän kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä fysioterapeuttisesta näkökulmasta, erityisesti tietoisuutta, ja kehonkuvaa, sekä sitä kuinka se muodostuu ja millaisia ovat sen mahdolliset häiriöt. Sen jälkeen pohdin kuinka keho viestii kohtaamiamme asioita ja tapahtumia kehon kielen, tunteiden ja kipujen välityksellä. Pohdin myös mikä merkitys kehon viesteillä on arjessamme, kuuntelemmeko niitä vai jäävätkö ne huomioimatta.

Kehontietoisuusharjoittelua pyrin avaamaan lukijalle laaja-alaisesti kuvaamalla erilaisia kehofokeskeisiä harjoitusmenetelmiä siten, että poimin niistä asioita, jotka esiintyvät monessa eri menetelmässä. Punaiseksi langaksi olen valinnut Gertrud Roxendalin Basal Kroppskänedom harjoittelun (lyhenne BK), jossa käsitellään monipuolisesti kehontietoisuusharjoittelua sekä Basic Body Awareness Therapyn (Basic BAT), jota on kehitetty Roxendalin ja Dropsyn ajatusten pohjalta. Yhdistän työn alussa kertamani teorian kehontietoisuusharjoitteluun.

Itse olen päättänyt käyttää työssäni ”keho” sanaa ”ruumis” sanan tilalla. Monissa lähteinä käyttämissäni teoksissa on käytetty sanaa ruumis, koska kirjoittajien mielestä ruumis on ilmaisuna henkilökohtaisempi. Hakanen ja Blinnikka (1990) perustelevat asiaa niin, että ruumis on parempi ilmaisu, koska keho tuo mieleen ulkokohtaisemman ilmiön kun taas ruumis sanaan liittyy kokonaisvaltaisempi ja tunteenomaisempi osa. Heidän mielestään luontevasti ei voida puhua kehollisesta työstä, kehon kaipauksesta tai kehon tuskasta. (Hakanen & Blinnikka 1990, 2.) Itse kuitenkin vierastan ruumis sanaa. Kieli muuttuu koko ajan ja uskon, että minun sukupolveni kuuluvat käyttävät ja tuntevat omakseen keho sanan. Ruumis on mielestäni ikäisteni kielenkäytössä muuttunut tarkoittamaan melkein pelkästään kuollutta, elotonta ruumista. Timo Klemola on käyttänyt ”keho” sanaa kirjassaan Taidon filosofia – Filosofian taito

(2004) sekä Fysioterapia-lehden artikkelissaan Kehontietoisuuden harjoittaminen: Taiji, yi quan ja seisomisen taito (2002).

Tehdessäni opinnäytetyötäni olen samanaikaisesti ohjannut Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteessä kehontuntemusryhmää. Jatkossa käytän työssäni paikasta vain nimeä Fysipiste. Näin olen saanut myös käytännön kokemusta kehontietoisuusharjoittelusta. Kehontuntemusryhmän tavoitteena on ollut, että ryhmäläinen tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen viesteistä. Kehontietoisuuden lisääntymisen avulla pyritään vaikuttamaan osallistujien kehon hallintaan, kuten ryhtiin, liikkeisiin ja lihasjännityksiin. Lisäksi pyritään vahvistamaan kunkin ryhmäläisen henkilökohtaisia voimavaroja. Toinen ryhmän tavoite on tarjota osallistujille keinoja kehontuntemuksen lisäämiseen omassa arjessaan. Ryhmää ohjasin yhdessä fysioterapian opiskelija Johanna Lehosmaan kanssa. Suoritimme ryhmässä alku- ja loppumittaukset, jotka sisälsivät kyselylomakkeen, jännittyneisyyspiirroksen sekä osan Bunkanin voimavarojen arviointitestistöstä. Ryhmästä saadun palautteen, kirjallisuuskatsauksen ja ryhmästä saamieni kokemusten perusteella pyrin kehittämään mallin syventävää kehontuntemusryhmää varten, jonka aloittamista Fysipisteessä on suunniteltu. Lisäksi tarkoituksena on koota erilaisista kehontuntemustekniikoista hyviä harjoitteita ja vinkkejä sekä kartoittaa ryhmän hyödyllisyyttä.

Kiinnostuin aiheesta, koska olen kokenut, että koulutuksen aikana psykofyysisen fysioterapian alue on jäänyt vähemmälle käsittelylle. Aihetta on käsitelty, mutta kaipasin vielä syventävää tietoa, mielenkiintoni aiheesta heräsi. Lisäksi Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteessä oli suunniteltu järjestää kehontuntemusryhmä, joka kaipasi ohjaajaa. Niinpä otin haasteen vastaan.

2 KOKONAISVALTAINEN IHMISKÄSITYS FYSIOTERAPIASSA

2.1 Ihmiskäsityksen ja maailmankuvan vaikutus fysioterapeutin työhön

Yleiskielessä ihmiskäsityksellä saatetaan tarkoittaa yleistä perusasennoitumista ihmiseen ja tämä asennoituminen vaikuttaa yksilöllisiin ihmissuhteisiimme. Asennoitumi-

seen vaikuttavat kulttuuriperinne, kokemustemme tiedostamattomat sisällöt ja teoria-tieto ihmisestä. Kosken (2003) mukaan ihmiskäsitys vaikuttaa kaikilla ihmisillä siihen, miten ymmärtää toisia ihmisiä ja kuinka heihin suhtautuu (Koski 2003, 17). Empiirisen tutkimuksen kannalta ihmiskäsityksellä tarkoitetaan kaikkia edellyttämiä ja oletamuksia, joita ihmiseen tutkimuskohteena liitetään siinä vaiheessa, kun tutkija rajaa kohteen, asettaa hypoteesin ja valitsee menetelmänsä. Tieteellisen tutkimuksen ja yleisen ihmiskäsityksen raja on liukuva. Tieteellisen tutkimuksen ihmiskäsitys on tiedostetumpi, selkeämpi ja rationaalisempi, kun taas yleinen ihmiskäsitys on pääosaltaan tiedostamaton, muutosta vastaan ja subjektiivisesti väritynyt. (Rauhala 2005, 18.)

Keltinkangas-Järvinen (2004) käyttää ihmiskuva termiä suunnilleen samassa merkityksessä kuin ihmiskäsitys termiä. Hänen mukaansa ihmiskuva on käsitys ihmisistä. Se selittää ihmisten käyttäytymistä sekä asioita, jotka ohjaavat ihmisten ratkaisuja. Ihmiskuvan osana on myös käsitys miten ihmisten ratkaisuihin voi vaikuttaa ja siten muuttaa kehitystä. Ihmiskuvan vaikutukset ovat laajat ja se toimii pohjana sille, miten ja mitä tietoa ihminen vastaanottaa ja omaksuu. Maailmankuva on käsitys siitä, millaiset syiden ja seurausten yhteydet maailmassa vallitsevat ja kuinka maailma toimii. Ihmiskuvaa tai maailmankuvaa ylläpidetään ja rakennetaan pohtimalla tapahtumien syitä ja seurauksia sekä ihmisten käyttäytymistä. Näistä asioista keskustellessa ihminen jäsentää maailmaa itselleen. Ihminen ei aina tiedosta maailmankuvaansa, joten hän ei voi kontrolloida sen vaikutusta tiedon omaksumiseen. (Keltinkangas-Järvinen 2004, 17–18, 19.)

Se kuinka suhtaudumme ruumiiseen ja sieluun, sairauteen ja terveyteen sekä tunteisiin ja kipuun ovat riippuvaisia ihmiskäsityksestämme ja yhteydessä maailmankuvaamme. Kuitenkin vaikka maailmankuvamme olisi hyvin tieteellinen, se kuinka ymmärrämme ruumiin ja sielun ei ole neutraalia ja puhtaasti tieteellistä, koska ruumiin ja sielun ymmärrykseen liittyy niin paljon mielikuvia, toiveita ja pelkoja. (Vainio 2007, 54.)

Käsitys asiakkaasta on päämääriä ohjaava tekijä kaikessa työssä ihmisten kanssa. Ihmiskäsitys on niin itsestään selvä asia, että aina siitä ei olla edes tietoisia. Se kuitenkin mahdollistaa kohtaamisen hoitajan ja potilaan välille ja antaa perustan toimintamalleille, joita vastavuoroisessa työssä, kuten terapiassa, käytämme. Ihmiskäsitykseen ihminen voi sanoa jotain aivan muuta kuin hän käytännössä toteuttaa. Fysioterapeutit-

le tärkeää on muodostaa oma tietoinen käsitys potilaistaan ja miettiä mitä toimintamalleja tämä ihmiskäsitys antaa lähtökohdaksi. (Roxendal 1987, 19.)

Rauhala nimeää ihmisen olemassaolon perusmuodoiksi tajunnallisuuden (psykykkis-henkinen olemassaolo), kehollisuuden (olemassaolo orgaanisena tapahtumisena) ja situationaalisuuden (olemassaolo suhteina todellisuuteen). Kun olentoa kutsutaan ihmiseksi, järjellisytemme vaatimuksen mukaan hänen on todellistuttava ainakin tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden olemismuodoissa. (Rauhala 2005, 32.) Situationaalisuus tarkoittaa sitä, millaisessa elämänympäristössä ja sosiaalisessa todellisuudessa ihminen elää. Tällä tekijällä on vähiten vaikutusta fysioterapeutin työssä, koska jos asiakkaan ongelmat johtuvat esimerkiksi työttömyydestä ei fysioterapeuttisin keinoin pystytä tilannetta auttamaan vaan apu löytyy muualta. Tajunnallisuus on sekä asiakkaassa että fysioterapeutissa, kuitenkin suurimmalta osin tähän osaluokkaan voivat vaikuttaa psyykeen ammattilaiset. Kehollisuus on puolestaan vahvasti läsnä fysioterapeutin työssä. ”Keho on maailmassa olemisen keskus”, toteaa Koski tekstissään. Keho on niin lähellä ihmistä, että sen merkittävyys voi jopa unohtua. Vastata sairastuttaessa terveen ja toimivan kehon tärkeys ilmenee. (Koski 2003, 17–18.)

Konkreettiset auttavat toimenpiteet potilas ottaa vastaan yleensä kehon kautta, mutta se miten ne toteutetaan eli hoitotoimenpiteen tavan ja laadun arvioi hänen tajuntansa. Vaikuttaa voidaan siis joko kehon tai tajunnan kautta. Kuinka paljon käytetään kumpaakin kanavaa, riippuu muun muassa hoitotoimenpiteestä ja ammattiryhmästä sekä avun antajan persoonasta. Avuksi oleminen on aina myös psyykkis-henkistä ammattinimikkeestä riippumatta. Fysioterapeutin työssä käytetään monenlaista fyysis-konkreettista toimintaa kehon kanavan kautta vaikuttaen. Kuitenkin tällöin myös tajunta ottaa kokemisena vastaan auttamista. Nämä kaksi vaikutusmuotoa esiintyvät samanaikaisesti, mutta ne eivät ole samaa. Esimerkiksi hieronnan on ensin mentävä kehon kanavan kautta ihmisen kokonaisuuteen ja aiheuttavan myönteisiä orgaanisia muutoksia, jotka sitten koetaan. Myöskään tajunnan kannalta koettava auttamisen puoli kuten hymy tai ystävällisyys ei vaikuta kehon prosesseihin ellei potilas ensin vastaanota niitä kokemuksellisesti. Tarkoituksena on kehittää vaikuttavaa toimintaa sekä kehon että tajunnallisuuden kanavan kautta, tällöin toteutetaan kokonaisvaltaisuuden ideologiaa. (Rauhala 2005, 151–155.)

Olenaisinta tajunnan kautta vaikutettaessa on dialogi, kokemuksellinen vastavuoroisuus. Näin vaikutettaessa ihmisellä on mahdollisuus kieltäytyä omaksumasta merkityssuhteita, joita hänelle pyritään välittämään. Ihmisen aistit ottavat vastaan enemmän vaikutteita kuin sen joka järjestäytyy tietoisiksi merkityssuhteiksi. Ylimääräinen informaatio sijoittuu hermoston ja voi myöhemmin järjestäytyä merkityssuhteiksi kun taas osa siitä ei koskaan tule tietoiseksi eli jää tajuttomaksi. asiat voivat myös unohtua tai tulla torjutuksi tietoisuudesta. Tällaiset asiat ovat tiedostamattomia. Ne palaavat tajuntaan kuitenkin suhteellisesti helpommin kuin tajuton tietoinen. Tajuttomalla ja tiedostamattomalla on siis eroa. Tajunnan sisäisissä järjestäytymisprosesseissa esiintyy erilaisia kehitysasteita. Tietoiseksi tulemisen kehitysasteessa merkityssuhteet täydentyvät, selkeytyvät ja ne voidaan sijoittaa paikalleen maailmankuvan muotoutumisessa. Tiedostamattomat sisällöt vaikuttavat tajunnan kokonaisuuteen, ne ovat dynaamisia, koska niiden tehtävä tietoisuudessa on vielä määrittämättä. Kun pyritään vaikuttamaan tietoisesta ymmärtämisen välityksellä, on vaikeaa arvioida mikä merkitys tiedostamattomalla ja tajuttomalla on. Tajuttomat ja tiedostamattomat aistimukset vaikuttavat joko edistävällä tai häiritsevällä maailmankuvan organisoitumiseen ja asian muistiin tallentumiseen, ei siis voida vaikuttaa vain tietoiseen maailmankuvaan. Kuitenkin tietoisesta ymmärtämisen kautta tapahtuva vaikuttaminen ja tietoinen ymmärtäminen ovat ihmisenä olemisessa niin keskeisiä, että sen kautta kannattaa yrittää vaikuttaa mahdollisimman tehokkaasti. (Rauhala 2005, 164–169.)

Kun työskentelee ihmisten kanssa, olisi tärkeää, että työntekijä tunnistaisi oman ihmiskäsityksensä, tiedostaisi oman ajattelun subjektisuuden ja suhteellisuuden. Tällöin pystyisi helpommin ymmärtämään asiakkaan ajattelun, joka on muotoutunut ja peräisin hänen omasta elämänpiiristään. Lähtökohtana on tarjota ihmiselle kuntoutuksen perustaksi hänen omaa ihmiskäsitystään ja erilaisia näkökulmia sen pohjalta. Tällöin asiakas kokee ratkaisut mielekkäinä ja motivoituu ja sitoutuu prosessiin. Terapeutin ei siis tulisi esittää ratkaisuja oman ihmiskäsityksensä perusteella. (Koski 2003, 18.)

Joskus terapeutin voi olla vaikea tiedostaa oman ihmiskäsityksensä luonnetta. Tämä johtuu varmasti myös siitä, että ihmiskäsitys muodostuu luonnonvoimaisesti ja ikään kuin itsestään rakennuspalikoinaan ihmisen elämöolosuhteet, joissa hän on kasvanut. Jos ihmiskäsityksen luonnetta ei tarkastella, ei myöskään tiedosteta oman toiminnan puutteellisuuksia. Joillakin ihmiskäsityksen suhteellisuuden ymmärtäminen tapahtuu

itsestään ja osan täytyy sitä opetella ja harjoitella, ikään kuin pienentää omaa egoaan. (Koski 2003, 18–19.)

2.2 Minäkuva, itsetunto ja temperamentti

Ihmisen minäkuva on ihmisen oma käsitys siitä millainen hän on, mitä hän osaa, mitä arvostaa ja mihin pyrkii elämässään. Minäkuva ohjaa ihmistä elämässä, se ohjaa valintoja, päätöksiä ja suuria ratkaisuja. Ihmisen ajatellaan hallitsevan elämäänsä, kun nämä ratkaisut ovat harkittuja ja tietoisia. Terve hallinnantunne syntyy vähitellen neljässä vaiheessa. Varhaislapsuuden kaikkivoipaisuus korvautuu realistisella mahdollisuuksien ja keinojen arvioinnilla. Toinen vaihe on kokemuksen kautta tuleva tunne vaikutusmahdollisuuksista omaan elämään. Kolmantena kehittyy sisäiset, psyykkisen tasapainon takaavat hallintakeinot ja viimeinen vaihe on päättelyyn pohjautuvien hallintastrategioiden syntyminen. Minäkuvan yksi osa on itsetunto. Itsetunto on laadullinen arvio minäkuvasta. Hyvä itsetunto ei kuitenkaan takaa sosiaalisia taitoja tai empatiaa eikä heikkokaan itsetunto välttämättä niitä vähennä. Hyvä itsetunto takaa ihmiselle luottamuksen itseensä. Itsetunto on tunne omasta hyvydestä. Terveeseen itsetuntoon katsotaan kuuluvan monia asioita: ihminen kuvailee itseään positiivisesti ja tunnistaa puutteensa ja heikkoutensa, ihminen omaa hallinnantunteen elämäänsä ja hän ottaa huomioon muut ihmiset. Itsetuntoon liittyy myös itsenäisyys ja riippumattomuus muiden mielipiteistä. (Keltinkangas-Järvinen 2004, 17, 53, 101–105.)

Temperamentti tarkoittaa ajasta ja tilanteesta riippumattomia pysyviä eroja käyttäytymisessä ja reaktioissa. Nämä erot ovat synnynnäisiä. Temperamentti kertoo käyttäytymistyylisiä ja näkyy ulospäin. Tunnistettavia ja iän myötä vain vähän muuttuvia temperamenttipiirteitä ovat rytmisyys, esimerkiksi unessa, liikkeiden nopeudessa ja voimassa sekä tavassa puhua, syödä ja kävellä. Temperamenttipiirteitä on monia, kuten mielialat, rauhallisuus, kärsivällisyys, keskittymiskyky ja kiinnostus muita ihmisiä kohtaan. Temperamentin avulla selitetään samassa kulttuurissa kasvaneiden yksilöllisiä eroja ja saman perheen lasten erilaisuutta. Temperamenttierot perustuvat aivotointojen, sisäerityksen ja fysiologisten reaktioiden erilaisuuteen. Kasvatuksen tuloksena synnynnäisestä temperamentista muodostuu persoonallisuus. Temperamentti on perinnöllinen, mutta kasvatuksen avulla millaisesta synnynnäisestä temperamen-

tista tahansa saadaan sosiaalinen ja sopeutuva persoona. (Keltinkangas-Järvinen 2004, 71–72.)

2.3 Kehon ja mielen yhteys

Ilman aivoja ihminen ei pysty havaitsemaan, oppimaan, viestimään eikä ohjaamaan toimintaansa. Aivot ovat osa aineellista maailmaa. Aivojen toimintaan liittyy ihmis-mieli ja sen psyykkiset ilmiöt, havainnot, ajatukset, muistikuvat, unet ja tunteet. Näiden ilmiöiden havaitseminen objektiivisesti ei ole mahdollista. Mieli ja aivot ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa ja vauriot aivoissa ja aivoihin vaikuttavat aineet voivat häiritä ja muuttaa psyykkisiä toimintoja. Myös mielen sisäiset ilmiöt vaikuttavat aivojen välityksellä kehoon. Aivot ovat tärkeitä myös identiteetin kannalta, niihin on tallentunut perimän ja kokemuksen yhteisvaikutuksesta muovautunut tieto, joka tekee ihmisestä ainutlaatuisen persoonallisuuden. Filosofit ovat miettineet mielen ja aivojen suhdetta mind-body ongelmaa jo vuosia ja ratkaisuja on ollut monenlaisia. Dualistinen malli selittää todellisuuden koostuvan psyykkisestä ja aineellisesta, mieli ja aivot ovat olemassa toisistaan riippumatta. Monistisissa malleissa todellisuus koostuu yhdestä perusaineksesta. Idealismissa tämä aines on psyykkistä ja materialismissa aineellista. Useissa uskonnoissa ihmisellä ajatellaan olevan sielu, joka kontrolloi kehoa ja on olemassa kehon kuoltua. (Paavilainen, Anttila, Oksala & Stenius 2002, 11–14.)

Erilaiset tajunnan tilat kuten havaintokokemukset, mielikuvat, unet, emootiot aistimukset ja sisäinen puhe koetaan elämyksellisesti ja ne muodostavat ihmisen sisäisen todellisuuden. Tämä psykologinen todellisuus on perustuttava aivojen hermostolliseen todellisuuteen. Mutta näiden kahden todellisuuden välillä on edelleen suuri kuilu, joka kaipaa yhdistämistä ja selityksiä. Miten voi materiasta koostuvilla aivoilla olla elämyksellisesti ja subjektiivisesti koettuja tajunnan tiloja? Vielä ei ole mitään todellista teoreettista ymmärrystä aivojen tajunnanilmiöiden tuottamisesta. (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 295, 298.)

Psykososiaaliset tekijät ovat merkittävästi mukana kaikkien sairauksien etiologiassa, puhkeamisessa, kulussa ja niistä paranemisessa. Kun ajatellaan ihmistä kokonaisvaltaisesti, ihmisen kehoa ei voi erottaa psyykestä, ja ihminen on koko ajan vuorovaikutuksessa ympäristön ja muiden ihmisten kanssa. Jotta ihminen pystyy säilyttämään

henkisen tasapainon, on hänellä oltava tyydyttävä tai mieluiten hyvä itsetunto. Tällöin hän luottaa kykyihinsä ja pystyy löytämään ratkaisumalleja vaikeissa tilanteissa. Psykkistä tasapainoa voi uhata psykologiset, biologiset, sosiaaliset tai olemassaoloa koskevat tekijät. Jos puolustus ei toimi, ihminen voi alkaa oireilla psyykkisesti. (Talvite, Karppi & Mansikkamäki 2006, 267–268.)

Franssilan (2007) mukaan kun tunnemme itsemme terveeksi, keho ei nouse välttämättä esille kokemukseemme. Keho on kuitenkin koko ajan taustalla. Sen avulla voimme suorittaa tehtäviämme ja saavuttaa tavoitteitamme. Fysioterapeutin työssä voi toisen kehollisuus tulla osaksi omaa kehollisuuttamme. Yhteistyössä asiakkaan kanssa omaksumme asiakkaan kielenkäyttöä, äänenpainoja, eleitä ja voimme kokea hänen tunteitaan, kun havainnoimme kehoa ja mukaudumme näihin havaintoihin. Sairaus vaikuttaa kehollisuuteemme siten, että keho tai sen osa nousee kokemukseen ja keho muuttuu tutusta oudoksi. Muutos voi vaikuttaa moniin asioihin. Kehon esineellistämisen tapahtuu sairauden myötä potilaan kokemuksessa, jolloin kehon pahoinvointi kokemuksena muunnetaan lääketieteelliseksi nimeksi ja selitykseksi. Tällöin kokemusta voi tarkastella myös ulkopuolinen henkilö. Esineellistämisestä voi tulla ongelma, jos terapeutti ei ohjaa asiakasta ymmärtämään oiretta elämänsä kokonaistilanteen kannalta. Hoitosuhteessa tulee antaa tilaa kehon tuntemuksille ja niiden ilmaisulle, jotta sairaus ei aiheuttaisi torjuntaa ja vastenmielisyyttä kehoa ja sen viestejä kohtaan. Kehon hyväksymisellä ja arvostamisella on suora yhteys harjoitteluun sitoutumiseen ja elämäntapoihin. Terveydenhuollon ammattilaisten on tuettava asiakkaan eheää suhdetta kehoonsa. Harmonisessa suhteessa kehoon ihmisen yhteys maailmaan ja toisiin ihmisiin on välitöntä ja luonnollista. Täydellisen harmonisessa suhteessa kehonsa kanssa tuskin elää kukaan, mutta matka sitä kohti voi olla hyvin antoisa. (Franssila 2007, 18–21.) Myöskään Anneli Vainion, joka on lääketieteen tohtori ja anestesian erikoislääkäri sekä työskennellyt pitkään kipupotilaiden parissa, mukaan kehoa ei huomaa terveenä. Kipu, väsymys, sairaus ja menetykset pienentävät elintilaamme ja tekevät kehostamme vaivalloisen. Tällöin tarvitsemme asiantuntijoiden apua palauttamaan ykseyden ja järjestyksen. (Vainio 2007, 64.)

Fysioterapiatilanteessa ja harjoittelussa yleensä melkeinpä tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää asiakkaan motivoitumista omatoimiseen kuntoutukseen. Jotta asiakas motivoituisi, on hänen suunnattava sekä keho että psyyke aktiivisesti tehtävään. Täytyykin kysyä, miten kuntoutumisen tavoite asettuu kuntoutujan elämän kokonaistilan-

teeseen. Harjoitteluun tulee asennoitua siten, että liikkeet suoritetaan sopivassa mielentilassa. Harjoitteiden avulla ihminen voi kuntoutua ja saavuttaa kehollisen itsemääräämisoikeuden. Liikkeitä tehdessä tarvitaan myös tahtoa, tietoista tekemistä. On tärkeää tulla tietoiseksi omista mahdollisuuksistaan. Tämän tietoisuuden lisäksi tarvitaan kokemus, konkreettinen tekeminen, jotta asia realisoituu. Esimerkiksi ensin ajatellaan seisomaan nousua, mietitään miten se tapahtuu ja uskotaan omaan pystyvyyteen sen suhteen, sitten oikeasti noustaan seisomaan. Näin omasta kehosta ja olemassaolosta tullaan tietoisemmaksi ja tietoisuuden lisääntyminen poistaa kehosta vieraantumista, lisää elämänlaatua ja luo luottamusta tulevaisuuteen. (Koski 2003, 19.)

Psykomotorinen terapia, kuten muutkin kehoterapiat, perustuu ajatukseen että keho ja psyyke ovat erottamattomat. Siinä ei ole tarkkaa jakoa tunteiden, psykologisten ja fyysisten reaktioiden välillä. Ihminen on psyyke ja keho, molemmat samaan aikaan. Tunnetilamme tietyllä hetkellä määrää kuinka painovoima meihin vaikuttaa. Surullisena vajoamme koukistusasentoon ja painovoima vahvistaa asentoa. Ilmaisemme fyysisesti kaikkia meille tapahtuneita ei-fyysisiä asioita kuten tunteita. Asentomme, hengityksemme ja liikkeemme ilmentävät vointiamme. Asian voi ajatella myös toisin päin, kehon avulla säätelemme tunteitamme. (Thornquist & Bunkan 1991, 18–20.)

2.4 Neljä olemassaolonmuotoa

Neljää olemassaolonmuotoa voidaan käyttää havainnollistamaan sitä, mitä pitää sisälleen ihmisenä oleminen. Niiden avulla ymmärtää paremmin kehontuntemusharjoittelua ja oppii tuntemaan itseään. Kirjassaan Roxendal ja Winberg kuvaavat ihmisen neljää olemassaolonmuotoa ratsukon avulla. Matkustaja edustaa eksistenssiä ja kykyä itsereflektointiin. Hevoskärryt edustavat ihmisen tukirunkoa ja hevonen elämänvoimaa. Ajuri puolestaan symboloi ihmisen psyykkistä puolta. Tämä jakamaton kokonaisuus, ratsukko edustaa ihmistä. (Roxendal & Winberg 2002, 25.)

Hevoskärryt edustavat ensimmäistä olemassaolonmuotoa, fyysistä, ihmisen luurankoa, lihaksia ja muita fyysisen kehon osia. Tämä olemassaolonmuoto on suhteessa tilaan ja painovoimaan. Haitat fyysisissä rakennuspalasissa aiheuttavat ongelmia koko ratsukon toimintaan. Fyysinen keho määrittää kullakin hetkellä optimaaliset olosuhteet. Kehon asennot ja liikkeet voi sovittaa luurangon perusrakenteeseen sopiviksi ja myös fyysi-

nen ympäristö tulisi sovittaa kehon tarpeisiin, esimerkiksi työtuoli ja pöytä työntekijälle. Jos kehoa kuormittaa väärin siitä seuraa rasitusvammoja ja kulumia. (Roxendal & Winberg 2002, 26–27.)

Toinen olemassaolonmuoto fysiologinen, jota mallissa kuvataan hevosella, käsittää elintoiminnot kuten verenkierron, hormonituotannon ja ruuansulatuksen. Suhteessa aikaan elintoiminnoilla on sisäisiä prosesseja, kuten kuukautiskierto, hengitysrytmi ja sydämen lyönnit. Elintoiminnoille ovat tärkeitä lepo ja aktiivisuus sopivissa määrin. Tässä olemassaolon muodossa ihminen on kuin unessa, elimet toimivat, elintoiminnot ovat käynnissä, mutta hän ei ikään kuin ole kuitenkaan paikalla. Häiriöt fysiologisissa toiminnoissa aiheuttavat tukoksia energian virtaukseen ja elinprosesseihin. (Roxendal & Winberg 2002, 27–29.)

Kolmas olemassaolonmuoto psyykkinen eli ajuri käsittää ajatukset, tunteet ja reaktiot. Kontakti tunteisiin on edellytyksenä, jotta pystyy kehittämään hyviä ihmissuhteita. Muutokset tai vastoinkäymiset elämässä kasvattavat ihmistä, hänen henkilökohtaista voimaansa ja kestävyytensä. Mutta jos muutos on liian suuri voivat voimavarat loppua ja ihminen ylikuormittuu henkisesti. Kaikki liikkeet saavuttavat psyykkisen ulottuvuuden jollain tavalla ja niiden avulla voidaan saavuttaa henkistä hiljaisuutta, aktivoida energiaa, saada aikaan ilon tunteita tai parantaa aggressioiden hallintaa. Asento, kävely, liikkeet ja tapa puhua ilmentävät ihmisen henkistä mielialaa tai olotilaa, erityisesti asennosta heijastuvat tunteet. Sanatonta kieltä kutsutaan kehon kieleksi ja siihen liittyy ilmeet, eleet ja liikkuminen. Jos ihmisellä on heikko kontakti tunteisiin, hän ei osaa kuvailla miltä hänestä tuntuu. Kontaktia tunteisiin voidaan parantaa esimerkiksi hieronnalla, kehoterapioilla ja BK:n avulla. Kehontuntemuksen parantuessa erottaa paremmin tunteet toisistaan ja tuntee herkemmin ja enemmän, erityisesti iloa. (Roxendal & Winberg 2002, 29–32.)

Neljäs olemassaolon muoto, matkustaja, voi olla vaikea erottaa kolmannelta. Neljännellä muodolla on erilainen merkitys, se on eksistenssin muoto. Eläimillä tai kasveilla ei ole vastaavaa inhimillisyyttä, kykyä itsereflektointiin ja tietoisuuteen itsestään. Ihminen voi ajatella tunteitaan ja käsittelytapojaan ja vertailla niitä muihin. Hän voi suunnitella käsittelytapojaan ja pohtia mitä tapahtuu hänen kuolemansa jälkeen. Tähän eksistentiaaliseen olemassaolonmuotoon kuuluu etiikka, elämään suhtautuminen, hengelliset arvot ja elämän tarkoitus. Tietoisesta läsnäolon kautta ihminen voi löytää totaa-

lisen läsnäolon. Ihmisen tulee avautua asioille, joita elämä tarjoaa ja miettiä miten voisi elää paremmin. (Roxendal & Winberg 2002, 32–33.)

Dropsyn mukaan niin kauan kuin elämme, on henki jokaisessa solussamme. Elävällä ihmisellä on sielukas keho. Hevoskärryissä tulee olla huomiokykyinen ja läsnä oleva ajuri, jotta hevonen juoksee hyvää tahtia, myös vaunujen on oltava hyvässä kunnossa ja hevosen terve, jotta matka kulkee sujuvasti. Ilman matkustajaa hevoskärryt eivät osaa kulkea oikeaan suuntaan ja ne menettävät merkityksensä. (Roxendal & Winberg 2002, 33–34.)

2.5 Tietoisuus

2.5.1 Mitä se on?

Tietoisuutta pidetään toiminnanohjauksen ylimpänä tasona. Oman toiminnan suunnittelu ja tietoinen ohjaus liittyy otsalohkojen toimintaan. Monet tehtävät sujuvat meiltä automaattisesti, mutta uusissa ja yllättävissä tilanteissa mietimme tietoisesti eri vaihtoehtoja toimia. Tutkijat ovat sitä mieltä, että tietoinen tiedonkäsittely on myöhäinen evoluution tuote, joka on kehittynyt automaattisen tiedonkäsittelyn päälle. Tietoisuuteen luetaan mukaan tajunnan ja itsetajunnan ilmiöt. Tajunta tarkoittaa eliön tietyllä hetkellä kokemien psyykkisten elämysten muodostamaa kokonaisuutta. Itsetajunta on tajunnan kehittyneempi muoto, joka tarkoittaa tietoisuutta itsestä ajattelevana, tahtovana ja tuntevana oliona. Itsetajuisella oliolla on vapaa tahto ja siten myös moraalinen vastuu. Tietoisuuden olemuksen suhde aivotoimintaan on suuri mysteeri. (Paavilainen ym. 2002, 140–141.)

Tajunnan tutkiminen on hankalaa muun muassa siksi, että termit tajunta ja tietoisuus ovat peräisin arkikielestä ja niitä käytetään epätarkasti ja erilaisissa merkityksissä. Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede teoksessa tajunta määritellään sielunelämän alueeksi, jolla yksilö kokee elämyksiä tai jossa on hänen kokemuksensa elämyssisältöjen kokonaisuus tietyllä hetkellä. Tajunnan tiloille tärkeää on elämyksellisyys. Vain oliot, joilla on tajunnan tiloja voivat kokea oman olemassaolonsa. Tajuiset oliot ovat subjekteja ja ilman tajuntaa olevat objekteja. Psykologinen todellisuus koostuu kaikista tajunnan ilmiöistä, esimerkiksi tunteista, unista, muistoista, mielikuvista ja havain-

noista. Elämä koostuu näistä tajunnanilmiöistä. Itsetajunta edellyttää jonkinlaista minäkäsitystä. Minäkäsitys on käsitys omista haluista, henkisistä ja fyysisistä kyvyistä, kehosta ja ulkonäöstä. Joskus itsetajuntaan viitataan myös käsitteellä tietoisuus. Joskus taas tietoisuudella tarkoitetaan tajuntaa. Ihminen ei ole ainoa olento, joka omaa itsetajunnan, myös simpanssit ja mahdollisesti delfiinit omaavat sen. Ihmislapset tunnistavat itsensä kuvasta noin 18 kuukauden iässä. (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 297–298.)

Tietoisuus miellettiin pitkään filosofisena ongelmana. Nyt tietoisuuden tutkimus on kuitenkin neurotieteiden vireä tutkimusalue, jossa käytetään hyväksi uusia aivotutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessa on etsitty aivotoimintoja, jotka ovat yhteydessä tietoisuuden ilmiöihin sekä pohdittu tietoisuuden ja tiedostamattoman rajapinnan ongelmaa. Esimerkiksi aivovaurion seurauksena potilas voi saada sokeanäön eli hän ei saa näköaistimuksia osasta näkökenttäänsä. Hän väittää olevansa täysin sokea tältä alueelta. Kuitenkin on havaittu, että sokeanäköä sairastavilla on tiedostamatonta näkö tietoa. Kun potilas arvaa esimerkiksi pöydällä olevien esineiden määrää osuu hän yleensä oikeaan vaikka väittää ettei näe esineitä. Myös neglect oireyhtymässä voi havaita tiedostamatonta tietoa, jota potilas saa havaintomaailmassaan huomioimatta jääneeltä vasemmalta puolelta. (Paavilainen ym. 2002, 144–145.) Vastaavaa tiedostamatonta tietoa on löytynyt myös muilta neurologisilta potilailta kuten afaatikoilta ja tuntohäiriöpotilailta. Tällaista piilotietoa ei voida kuitenkaan käyttää tahdonalaisen käyttäytymisen ohjaamisessa. Tajunnansisällöillä on ratkaiseva merkitys käyttäytymisen ohjaamisessa ja ympäristössä selviytymisessä. (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 306.)

Osa tutkijoista kannattaa moduuliteoriaa, jossa tietoa käsiteltäisiin toisistaan erillisissä moduuleissa, joilla kullakin on oma tehtävänsä ja niiden toiminta on automaattista ja tiedostamatonta. Tiedon saavuttua tietoisuusmoduuliin siitä tulee tietoista. Kuitenkin on todettu, että tiedostamaton tietokin voi vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen. Toiset tutkijat eivät pidä rajan vetämistä tietoisuuden ja tiedostamattoman välille tarpeellisenä. Heidän mukaansa tietoisuus syntyy aivojen kokonaistoiminnan tuloksena. Aivojen vauriot voivat aiheuttaa tarkkarajaisia tietoisuudenhäiriöitä, mutta tietoisuudesta kokonaisuutena ei vastaa mikään aivokuoren alue. Miten kaikki aistitieto sitten kootaan ja sidotaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi monista sitä käsittelevistä aivoalueista jos

mitään yhteen kokoavaa moduulia ei ole? (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 307–308).

Tähän ongelmaan on esitetty värähtelyteoriaa. Aivojen alueet lähettävät hermoimpulsseja samassa tahdissa, jolloin niiden toiminnan synkronoituminen liittyy aistitiedon yhteen. Aivoista on löydetty 40 Hertsin värähtelyrytmi, joka voimistuu kun ärsyke otetaan tarkkaavaisuuden kohteeksi. Näin tietoisuuden kokemus syntyisi eri aivoalueiden välisestä vuorovaikutuksesta. Tiiviissä yhteydessä tietoisuuteen ovat aivokuoren eri osien ja talamuksen välissä olevat värähtelevät hermoratasilmukat. Skitsofreniassa aivorytmi on heikentynyt mikä voisi selittää havaintomaailman hajoamista. Neuroteellinen tutkimus on alussa ja se voi päästä hyvin pitkälle. Kuitenkin monet epäilevät, että vaikka pystyttäisiin selvittämään aivotoiminnan yhteys tietoisuuteen, ongelmaksi jää edelleen, miksi aivojen kemiallisiin ja sähköisiin ilmiöihin liittyy tietoisuudentiloja. Ihmistä täytyy tarkastella osana ympäristöään, sillä pelkästään aivoja tutkimalla ei voi selittää ihmismielen asioille antamia merkityksiä. (Paavilainen ym. 2002, 145–147.) Tajunnantutkimuksen merkittävimpänä ansiona voidaan pitää monen eri tutkimusalan, jotka aiemmin toimivat toisistaan erillään, välille syntyneitä vuorovaikutusta (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 314).

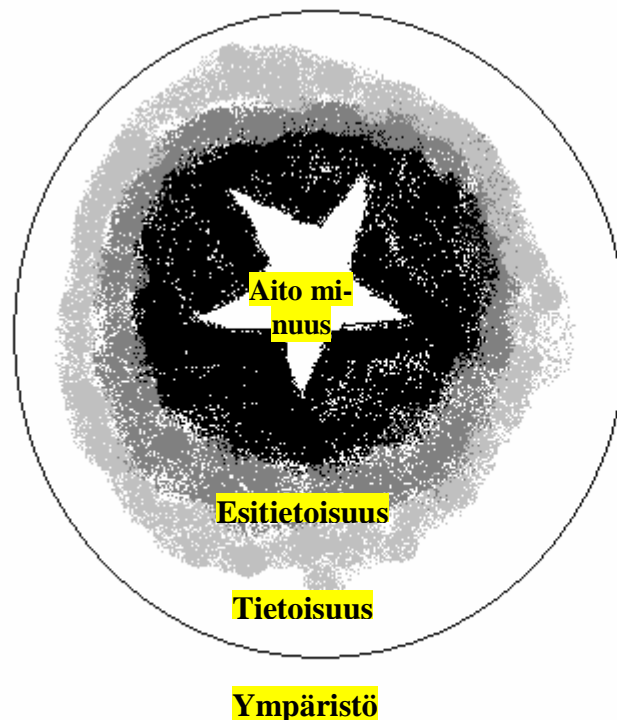
2.5.2 Tietoisuus ja keho

Tietoisuudella on kokemuksellinen ulottuvuus, jossa voi tuntea erilaisia tunteita sekä heijastuva ulottuvuus, jossa ihminen voi havainnoida kokemuksiaan ja ajatella niitä. Jälkimmäinen saa aikaan ihmisen sisäisen maailman. Tietoisuus on edellytys kaikelle mitä teemme, se sisältää ja yhdistää kaikki olemassaolon muodot. Kehon henkisellä kokemuksella ja kommunikoinnilla tietoisuus on yhteydessä ulkopuolisen maailman kanssa, se antaa ja ottaa vastaan tietoa sekä koordinoi ulkoisen maailman ärsykkeet ja sisäiset kokemukset. Ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon ja kehon muistot ja reaktiot vaikuttavat tunteisiin ja ajatuksiin. Kehon avulla tulemme tietoisiksi tunteistamme. Havainnollistaakseen kehon ja tietoisuuden vastavuoroista riippuvuutta Dropsy käyttää hevosta ja ajajaa. Kehoa symboloi hevonen, jolla on omat tarpeet ja kyvyt sekä voima toimintaan. Tietoisuus on ajaja, joka ilmaisee suunnan ja tarkoituksen. Ajaja voi olla stressaantunut erilaisista syistä, kuten vaatimuksista, jotka eivät sovi hänen tavoitteisiinsa. Tällöin hevosestakin tulee hermostunut. Toisaalta hevonen vaikuttaa ajajaan, jos sillä on nälkä tai se on väsynyt. Ajajan tietoisella läsnäololla voivat ajaja

ja hevonen olla yhtä. Kehon liikekeskuksessa ajaja ja hevonen kohtaavat. Siellä kohtaavat asennon tasapaino, hengityksen vapaus sekä tietoinen läsnäolo. Kiinnittämällä huomio tälle alueelle voimme epäsuorasti vaikuttaa kehon tiedostamattomiin säätelyprosesseihin. Hengityksen kautta kehon rytmit palaavat tasapainoon. (Roxendal & Winberg 2002, 40–43; Drosy 1988 54–56.)

Amerikkalainen psykologi Arthur J. Deikman erottaa tietoisuuden ja tietoisuuden sisällön toisistaan. Puhdas tietoisuus on alue, jossa tunteet ja ajatukset liikkuvat, kun taas tietoisuuden sisältö koostuu tunteistamme, ajatuksistamme ja toimintatavoistamme. Sekoitamme usein tietoisuuden sen sisältöön, tällöin tunnistamme sisällön havainnoitavan tietoisuuden sijasta. Deikman jakaa kokemukset itsestä neljään osaan, ajatteleva, tunteva, käsittelevä ja havainnoiva minä. Kolme ensimmäistä kuuluu objektiiviseen minään ja tietoisuuden sisältöön. Neljäs on havainnoija, sisimmäinen kokemuksiemme keskus, joka edustaa eksistentiaalista olemassaolonmuotoa. Havainnoiva minä koetaan suoraan, koska se ei ole objekti vaan kuin peili, joka heijastaa kuvan. Peilin voi nähdä puhtaana tietoisuutena ja tietoisuuden sisällön peilikuvana. Ihmisen kehityksessä objektiivinen minä eli ajatteleva, tunteva ja käsittelevä minä, on tärkeässä osassa. Se auttaa kehittämään ajattelua ja on tavoitteellinen. Objektiivinen minä muodostaa objektiivisen tietoisuuden ja havainnoiva minä vastaanottavan tietoisuuden. Kumpi näistä hallitsee, on riippuvaista tilanteesta ja ihmisen motiiveista. Objektiivisen tietoisuuden hallitessa ajattelutapa on loogista ja analyttistä, siinä menneisyys ja tulevaisuus korostuvat. Välillä tarvitsemme kykyä kukistaa objektiivisen minän, olla vastaanottavaisia ja havainnoida. Tällöin tunteet ja ajatukset harvenevat, huomiomme keskittyy kokonaisuuteen ja ajattelutapa on relatiivisempi. Ajattelu on prosessisuuntautunutta, intuitio, mielikuvitus ja aistillisuus hallitsevat, nykyisyys on keskellä. Vastaanottava suhtautuminen kommunikoi taiteen välityksellä. Näitä molempia tiloja tarvitaan olemisen kehittymisen ja hyvinvointimme edistämisen kannalta. Nyky-yhteiskunnassa suositaan usein objektiivista ajattelutapaa vastaanottavan ajattelutavan kustannuksella. Vastaanottava ajattelutapa antaa mahdollisuuden palautumiseen koko-aikaisesta kiireestä ja jakautuneesta läsnäolosta, se kehittää luovuutta ja mielikuvitusta, parantaa kykyä selvitä muutoksista sekä helpottaa löytämään uusia tapoja toimia. Tärkeää on kehittää havainnoivaa minää, siten voidaan säilyttää tasapaino objektiivisen ja havainnoivan minän välillä. (Roxendal & Winberg 2002, 44–46.)

Syventääksemme tietoisuuden ymmärrystä tarvitsemme malleja selventämään tietoisuuden käsitettä. Lennart Koskisen, joka on Tukholman tuomiokirkon rovasti ja kirjailija, mallissa havainnollistetaan yksilöntietoisuuden eri tasoja ympyrän avulla. Ympyrän keskustassa on tähti, joka symboloi minän sisimmäistä keskusta. Ympyrän keskustassa tummempi alue on tiedostamatonta ja ulompana etenee esitietoiseen ja reunimpana sijaitsee tietoisuus. Ympyrän ulkopuolella on ympäristö. Siellä ajatella ja käsittelemme asioita harkitsevasti, suunnittelemme, koemme tietoiset tunteet ja tarpeet, tunnemme kehomme vahvat viestit sekä kommunikoimme ympäristön kanssa. Keskittämällä huomiomme voimme saada siitä tietoista, esimerkiksi hengitys, asento tai automatisoitunut liikkuminen voi tulla tietoiseksi. Monet kehon tapahtumat kuuluvat esitietoiseen alueeseen, se säästää meitä rasitukselta. Toisaalta se on este, koska muuttaakseen huonoja tapoja ja käytöstä on ihmisen tultava niistä tietoiseksi. Esitietoisuuden tasolla on tunteita, muistoja ja tietoa, joita emme tarvitse joka päivä. Myös tällä tasolla kommunikoimme ympäristön kanssa, emme kuitenkaan tietoisesti. (Roxendal & Winberg 2002, 46–48.)



Kuva 1. Tietoisuuden ja aidon minuuden malli

Tiedostamattomaan kuuluvat kehon toiminnot, joihin emme voi vaikuttaa tahdonalaisesti sekä automaattiset liikekaavat. Lyhyt käsky määrää useimmat meidän päivittäisistä liikkeistämme ilman tietoisuuden vaikutusta, niistä muodostuu kehollinen

identiteettimme. Tiedostamattomassa sijaitsee myös unohdetut muistot ja herkätkokemukset, jos ne ovat liian vaikeita otettavaksi esiin tietoisella tasolla. Ne voivat käsitellä aikaisempia kokemuksia ja tapahtumia elämässä, jotka ovat vastenmielisiä tunteita, joita emme jostain syystä ole voineet tuoda tietoisuuteen. Tiedostamattomalla on suuri vaikutus elämäämme. Sen voimme tuntea unissa, unelmissa tai havaita kehon kielen kautta. Syvemmällä tiedostamattomassa sijaitsevat tapahtumat, jotka hoitavat kehon aineenvaihdunnan. Niitä ei voi muuttaa tahdonalaisesti, mutta stressi voi vaikuttaa niihin. Tietoisuus muistuttaa merta, sen mitä on pinnalla, havaitsemme helposti, pinnan alla olevat asiat huomaamme, kun ahkeroimme vähän. Mitä syvemmälle menemme, sitä vaikeampaa havaitseminen on ja enemmän töitä täytyy tehdä. Tarvitsemme erilaisia tekniikoita saadaksemme tiedostamattomasta tiedostettua. Suurinta osaa tiedostamattomasta emme kuitenkaan tule koskaan löytämään. (Roxendal & Winberg 2002, 48–49.)

Sisimpänä kuvassa on aito minuus, jota symboloi tähti, jonka sakarat osoittavat joka suuntaan, koska minuutta ei voi sijoittaa tiettyyn paikkaan kehossa tai persoonallisuudessa. Siellä olemme yhteydessä ytimeemme, joka koostuu identiteettikokemuksistamme. Voisimme ilmaista, että havainnoiva itse ja keskus piste ovat saman asian kaksi nimeä. Harvoin voimme toimia kokonaisuutena keskustaamme kohti sekä ulos tietoiseen elämäämme. Useat ihmiset kohtaavat vaikeuksia, joista seuraa ikäviä kokemuksia. Haavat voivat olla kehollisia tai henkisiä ja aiheuttavat solmun eri tietoisuuden tasojen välille. Nämä solmut voivat sijaita tietoisuuden eri tasoilla ja sellaisen voi saada jo lapsuudessa, vamman ei tarvitse olla fyysinen, ehkä lasta ei ole huomioitu tarpeeksi. Myös myöhemmin elämässä sattunut onnettomuus voi aiheuttaa solmun. Vamma voi johtaa muutokseen kehon ja koko elämäntilanteen kokemisessa ja ihminen voi kehittää kehoa häiritseviä tapoja. Kun vamma on parantunut tavat jäävät ja saattavat aiheuttaa vamman uusiutumisen. Jos solmu on suuri tai niitä on monta voi terve minuus hämärtyä, tällöin koko huomio keskittyy solmuihin aidon minuuden sijasta. Solmut ottavat kaiken energian ja lukitsevat luovuuden ja kehityksen. Solmun aukeaminen voi kestää kauan ja se voi hallita koko elämää. Silloin kehittyy väärä minuus, persoona identifioituu vammaan. Vamma ja vaikeudet hallitsevat ihmisen tietoisuutta. Väärä minuus kehittyy, kun ei usko itseensä ja vamma hallitsee elämää. Aito minuus ei kuitenkaan koskaan häviä. Jopa ihmiset, joilla on vakava aivovamma voivat taiteen ja leikin avulla kehittää elinvoimaista minuutta eksistentiaaliseen suuntaan. Myös vakavasti häiriintyneet potilaat voivat päästä hetkeksi irti oireistaan laulaessaan,

tanssiessaan, piirtäessään tai maalatessaan. Tietoisuus voi olla kypsymätön, mutta se on aina olemassa ja sitä täytyy huomioida. Kun elinvoimainen minuus tukahdutetaan, mahdollisuus sairauden puhkeamiseen kasvaa. (Roxendal & Winberg 2002, 49–52.)

Keho ei ole persoonasta erotettava osa, kuten ei tietoisuuskaan. Keho on edellytys toimintaan ja maailman käsittelemiseen. Se on pohjana kokemuksillemme, kehossa tunnemme tunteemme. (Roxendal & Winberg 2002, 52.) Roxendal ehdottaa, että kehosuuntautuneiden terapioiden käsitteiden määrittelyä selkiytettäisiin ja alue voitaisiin jakaa kahteen pääryhmään: kokemus- ja liikeulottuvuuteen (Roxendal & Winberg 2002, 28).

Kehontuntemus on ylempi käsite kokemus- ja liikkumisulottuvuudelle. Se sisältää kehontietoisuuden, kehonhallinnan ja liikemallit. (Roxendal & Winberg 2002, 31.) Kokemusulottuvuuteen kuuluvat kehon elämys, kehon ääriviivat ja rajat, kehon kokemus, keho käsitys ja kehontietoisuus. Kehon elämys on piilevänä nykyisyydessä ja toisinaan se on suhteessa muistoihin aiemmista tapahtumista. Kehon elämys voi liikuttaa koko kehoa tai sen osaa. Käsitteeseen liittyy tunnetta ja siihen sisältyy suhtautuminen ulkonäköön. Kehon elämys voi olla tiedostamaton tai vaimennettu ja se voi olla todellinen tai mielikuvituksen tulos sekä sitä voidaan elvyttää harjoittelemalla. Kehon ääriviivat ovat kokemus kehon rajoista ulkopuolista maailmaa ja muita ihmisiä kohtaan. Kehon kokemus on kerroksittainen ja muodostuu vähitellen koko elämän ajan. Siihen luetaan kehon reaktiot erilaisiin tapahtumiin ja se on tietoisempi kuin kehon elämys. Käsite sisältää käsityksen kehosta, kehonkuvasta, rajoista, koosta, painopisteestä ja mittasuhteista. Kehokäsityksessä on kognitiivinen osa, aistimus ja tieto kehosta. Englannin termi *body image*, kehonkuva sisältää kehon elämyksen, kehon kokemuksen ja keho käsityksen. Kehontietoisuus taas on kehollinen näkökulma ihmisen tietoisuuteen itsestään. Se on ylempi käsite, johon kuuluu tieto kehosta sekä henkinen osa, aistimus asennoista ja liikkeistä, tieto kehonliikkeiden edellytyksistä ja tunnesisältö kehon reaktioiden muodossa. Lisäksi siihen sisältyy käsitys fyysisistä kyvyistä ja liikkeistä ja aktiviteeteistä. Kehontietoisuus syntyy kokemusten ja varhaislapsuuden kehityksen tuloksena. (Roxendal 1987, 28–30.)

Liikeulottuvuuteen kuuluvat kehonhallinta, kehonkontrolli ja liikemallit. Kehonhallinta on kyky ohjata kehoa asennoissa, liikkeissä ja säädellä lihasten jännitystilaa. Kehonkontrolli on korkeampi taso kehonhallinnasta, käsitettä käytetään urheilussa ja

tanssissa. Liikemallit ovat käyttäytymisnäkökulma kaikkeen liikkumiseen. Niitä käytetään ihmisen persoonallisesta tyylistä: asennosta, kävelystä ja ilmeistä. Liikemallit edustavat uniikkia tapaa liikkua, myös verbaalinen ilmaisu ja kommunikointi kuuluvat tähän käsitteeseen. (Roxendal 1987, 30.)

Käyttäytymistä teemme tiedostamatta, kun taas päätöksenteko edellyttää tietoisuutta ja tietoista läsnäoloa. Käyttäytymistä ohjaa alemmat aivojen osat sekä selkäydin ja se ilmenee kehon asennossa ja kävelytyylissä. Uuden kehonasennon tai kävelytyylin harjoittaminen vaatii tietoista käsittelyä ja kun uusi tapa on tullut tiedostamattomaksi, sitä voidaan sanoa käyttäytymiseksi. Fysioterapeutin työssä näkee kuinka ihmisen liikkumistottumukset näkyvät hänen muissa tavoissaan ja tavassaan olla. Ihmisellä, joka menettää tasapainonsa ja ylittää rajansa liikeharjoituksissa, voi olla vaikeaa asettaa itselleen rajoja myös toisissa yhteyksissä. Voidakseen ymmärtää kehoa tarvitaan suurempaa yhteyttä tietoisuuteen. Jos oireiden syytä etsitään vain fyysiseltä ja fysiologiselta tasolta voi olla, että muut ongelmat unohtuvat. Täytyy nähdä ihmisen elämäntilanne, jotta löytää syitä ja ratkaisuja. Tietoisuudella on rajoituksensa, on asioita, joita emme voi ymmärtää. Tietoisuus kehittyy ja laajenee, kun kasvamme ja osallistumme elämään, mutta jatkuva stressi voi pienentää tietoisuuttamme. Nykyään vauhti kiihtyy, tietotulva ja vaatimukset kasvavat ja mahdollisuudet elpymiseen ovat vähentyneet, stressisairauksia on enemmän kuin koskaan. Yhteiskuntaa ohjaa vasemman aivopuoliskon looginen ja yksityiskohtainen ajattelu. Oikean aivopuoliskon kyky intuitioon, nähdä kokonaisuuksia ja uusia ratkaisuja ei ole tällöin käytettävissä, sillä oikean aivopuoliskon toiminnot edellyttävät aikaa rauhalliseen ajatteluun. Tietoinen läsnäolo on nykyään ihmisillä heikosti kehittynyt, mutta sitä voi harjoittaa vain pysähtymällä ja olemalla huomiokykyinen. Kun muutos ja kehitys ovat odotettuja, tarvitsee herättää kiinnostus, sen avulla voimme aloittaa tietoisuutemme kehittämisen. Voimme kohdistaa sen esimerkiksi asentoon, liikkeeseen tai hengitykseen. Kun pidämme huomiomme valitsemassamme asiassa, alkaa tietoisien läsnäolon kyky kehittyä. Sen avulla tietoisuutemme tulee vahvemmaksi, avautuu ja koostuu selkeämmin ja saamme paremman kontaktin itseemme sekä lähiympäristöömme. (Roxendal & Winberg 2002, 53, 55–57.)

2.6 Kehonkuva

2.6.1 Kehonkuva käsitteenä ja sen muodostuminen

Kehonkuvaan liittyvä käsitteistö on monimuotoista ja osin hyvin vaikeaselkoista, koska monen eri alan edustajat ovat termistöä kehittäneet. 1930-luvulla P. Schilder on määritellyt kehonkuvan koostuvan kaikesta mikä liittyy kehon dynamiikkaan ja liikkeisiin, tunnekokemuksista, psyykkisistä asenteista, arvomaailmasta ja mielikuvista. (Sandström 1999a, 16–17.)

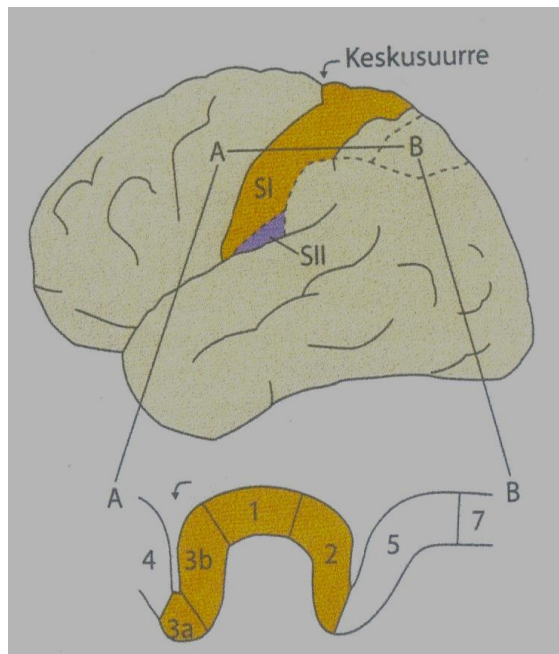
Kehonkuva ei ole staattinen kokonaisuus vaan viittaa toimivaan kehoon, jolla on jatkuvasti muuttuvia tarpeita. Kehonkuva on koko ajan vuorovaikutuksessa sekä sisäisten että ulkoisten muistojen, havaintojen, toimintojen ja tunteiden kanssa. Myös kehon kokonaisuuden kokemuksellista puolta, mielikuvat omasta kehosta ja millainen on mielikuvien kokonaisuus, voidaan painottaa kehonkuvassa. Identiteetin syntymisen edellytyksenä on oman kehon rajojen eriytyminen, eheytyminen ja selkeytyminen. Toisin sanoen kehonkuvan todellisuus ja ehjyys on identiteetin ydin. Kehonkuva merkitsee ihmisen tietoon ja tunteisiin pohjautuvia mielikuvia omasta kehostaan ja kehon toiminnoista. (Hakanen & Blinnikka 1990, 5-6, 10.)

Hämäläisen ja Kekonin mukaan kehonkaava on mallin tiedostamaton edustuma ja kehonkuva mallin tiedostettu edustuma. Kehonkaavasta voidaan tulla tietoiseksi, kun kehossa tapahtuu odottamattomia muutoksia vaikkapa horjahdus tai kun tarkkaavaisuus kohdennetaan tietylle kehon alueelle. Kehonkuva on subjektiivisten kokemusten kokonaisuus, mikä ihmisellä on kehostaan ja sen ulottuvuuksista. Se ei tarkoita pelkkää visuaalista mielikuvaa fyysisestä olemuksesta vaan se perustuu useiden aistien toimintaan. Yleensä kehonkuva on aika realistinen ja muuttuu kun vaikka lihomme tai kasvamme. (Hämäläinen & Kekoni 2006, 173–174.)

Kehon ja kehoa ympäröivän tilan häiriötoimintoja vertailemalla on voitu esittää jaottele kehonkaavan, -kuvan ja keho-tila-kaavan mekanismeista. Ilmeisesti kehonkaava rakentuu tuntoaivokuoren sekä taaemman parietaaliaivokuoren hermoverkoissa olevalle mallille. Kehoon kohdistuvasta ärsytyksestä primäärituntoaivokuori eli SI välittää tiedon ärsykkeen paikasta, luonteesta ja ajoituksesta. SI aivokuoren kautta kulkee myös lihaksista ja jänteistä tuleva tieto. Tietoisuuteen ja tarkkaavaisuuden kohdenta-

miseen eri kehon osiin liittyvät mekanismit painottuvat SII aivokuorelle, joka sijaitsee SI-aivokuoren sivusuuntaisina jatkeina. Kehon ja ympäristön suhteita käsitellään taa-
empana sijaitsevilla parietaalisilla alueilla. (7b) ja väliin jäävällä alueelle (5) taltioi-
daan liikkeiden mallit. (Hämäläinen & Kekoni 2006, 172, 174.)

**Kuva 2. SI- ja SII-tuntoaivokuorten sijainti aivokuorella sivuttaiskuvassa ja alla SI-
edustusalueen vyöhykkeiden ja taaempien parietaalialueiden 5 ja 7 sijainti poikkileikkauksessa
A-B**



Ihmisen minä kehittyi ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa biologisen syntymän jälkeen, jo vastasyntyneellä on kyky hyötyä vanhemprien vuorovaikutuksesta ja lähteä rakentamaan omaa minäänsä. Tällainen psykologinen syntyminen voi tapahtua vain muiden ihmisten avulla, toisin kuin eläimillä, jotka kasvavat perimänsä avulla oman lajinsa edustajiksi. Jos ihminen kasvaa ilman muita lajinsa edustajia, kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa tulevaisuudessa on mahdotonta. Thomas Ogden on nostanut kosketuksen, sitä vastaavan rytmisen liikkeen ja rytmiset äänet niin lapsen kuin aikuisen perustavimmaksi tarpeeksi, itsensä ja itseytensä kokemisessa, vahvistuksena olemassaolostaan. Ehyt kuva kehostamme vaatii myönteistä palautetta kosketuksen, äänensävyjen ja ymmärretyksi tulemisen muodossa. Tietoisuus omasta kehosta eli kehonkaavan muodostuminen on ensimmäinen kehitysvaihe minän synnyssä. Lapsi havaitsee kehonsa, sen itsenäisyyden ja erillisyyden muusta ympäristöstä. Kehon rajat

muodostuvat. Tarkkaan ei tiedetä, miten kehollinen minä syntyy, mutta tärkeänä pidetään omien kehonliikkeiden seuraamista. Ensimmäisenä kehollisen minän kokemukseksi pidetään sitä, kun vauva huomaa voivansa tehdä jotain, ja voivansa sen seurauksena havainnoida ulkopuolella syntyynyttä liikettä. Erilaisten havaintojen kautta vauva eriytyy ulkomaailmasta, hän löytää ensin raajansa, sitten vähitellen muut kehonosat ja toiminnot. Myös oman äänen kuuntelu on tärkeää. Peilisuhdekin alkaa vaikuttamaan lapseen jo tässä iässä. Lapsi peilaa itseään ja suorituksiaan vanhempien reaktioista. Tästä kehitys jatkuu monin tavoin ja lopulta lapsi pystyy näkemään itsensä kuten muut hänet näkevät. Kehitys jatkuu kokemusten kautta ja yksilöllinen ja eriytynyt minä saavutetaan varhaisaikuisuudessa. (Keltinkangas-Järvinen 1994, 100–103; Neuropsykiatria 1993, 159.)

Hyypä katsoo tekstissään kehonkuvan kehityksen alkavan erogeenisistä alueista, ne ottavat vastaan ärsykejä ulkomaailmasta. Näiden erogeenisten alueiden läpi kulkevien ärsykkeiden hahmotuksesta muodostuu kehonkuvan perusteet varhaislapsuudessa. Lapsen kehityksessä kävelemisen ja leikin avulla saa tietoa omasta kehostaan ja sen mahdollisuuksista ja rajoituksista, myös kehon ulottuvuudet laajenevat. Puheenkin kehitys tapahtuu suulla leikkien. Varhaislapsuudessa suurin osa kehon kokemuksista saadaan suhteesta äitiin. Kokemukset voivat tuoda mukavuutta ja mielihyvää, mutta myös pelot ja pettymykset voivat liittyä niihin, usein nämä kokemukset palautuvat mieleen myöhemmin elämässä. Leikki-iässä kehonkuvan kehittyminen liittyy minuuden ja turvallisuuden kehittymiseen. Lapsi osaa tällöin jo ennakoida kehonsa reaktioita. (Hyypä 1986, 94–96.)

Sandströmin mukaan vasta puberteetin alkaessa alkavat kehonkaava ja kehonkuva rakentua. Kehonkaavaan kuuluu ympäristön ja liikkeiden tiedostaminen, käsitys omasta suorituskyvystä ja näihin yhteydessä olevat tunne-elämykset. Ihmisen eheä ja selvä käsitys kehonkaavasta kuvastuu liikkeiden hallitsemisena. Kineettistä aistia kuuntelemalla tietoisuutta voidaan parantaa. Lihassukkulat, nivelreseptorit ja ihon painoreseptorit lähettävät ärsykejä, jotka tulkitaan isoivokuoressa liikkeessä käytetyksi voimaksi ja nivelten asennoksi. Kehonkuva sisältää käsityksen tai tuntemuksen omasta kehosta. (Sandström 1998, 62.) Kehonkuvan rakentumisessa vaikuttavat ego- ja self-aspektit. Ego-aspekti vastaa havaintojen ja aistimusten jäsentelystä, yhdistelemisestä ja organisoinnista. Self-aspekti taas edustaa kokemusta kehonkuvasta. (Hakanen & Blinnikka 1990, 7.)

Lapsen ensimmäinen elinvaihe on normaalin autismin vaihe. Tällöin lapsen elämää säätelee biologisperäinen tarpeentyydytys ja hänen elämässään vaikuttavat fysiologiset prosessit. Toinen vaihe on symbioosivaihe, johon lapsi siirtyy 2-3 kuukauden iässä. Tässä vaiheessa lapselle alkaa kehittyä käsitys tarpeita tyydyttävästä objektista. Lapsi kokee kuitenkin vielä olevansa yhtä äitinsä kanssa. Kehonkuvaan vaikuttavat sisäiset asentotuntoon liittyvät ärsykkeet, lämpötilan vaihtelut ja kosketushavainnot, joilla on enemmän vaikutusta kehonkuvaan kuin myöhemmin visuaalisilla ja auditiivisilla mielikuvilla. Sisäiset tunteet muodostavat minän ytimen ja ulkoiset havainnot rajavat minän objektimaailmasta. Lapsen huomio siirtyy vaiheen aikana kehon sisältä sen ulompiin osiin, sensorisesti havaittavalle kehon ulkokuorelle, tämä on kehonkuvan kannalta merkittävää. Äidin emotionaalinen vastavuoroisuus muovaa lapsen kehonkuvaa ja lapselle syntyy positiivinen käsitys kehostaan. (Hakanen & Blinnikka 1990, 15, 17–21.)

Symbioosi vaihe päättyy noin 10 kuukauden ikäisenä. Tällöin lapsi alkaa ymmärtää olevansa erillinen yksilö. Identiteetti-kehitys alkaa ja ydinminä alkaa muodostua. Lapsi tajuaa ainutlaatuisuutensa ja pyrkii saamaan itsemääräämisen tunteen, body ego identiteetti on minä identiteetin varhaisin rakenne. Eriytymisvaiheen ensimmäinen askel on kehonkuvan kehittymisen vaihe. Kun kehon rajat selkiintyvät, niitä testataan. Kehon todellisuuden tuntu kehittyä motorisen aktiivisuuden, nälän ja erittämisen sekä unen rytmittämisen myötä. Lyhyt ero tarpeita tyydyttävästä objektista lisää lapsen tietoisuutta minän erillisyydestä, kun taas pitkä ero taannuttaa ja vääristää lapsen kehitystä. Ruumiin rajojen löytämisessä on lapsen oma aktiivinen toiminta tärkeää. Motorisen toiminnan merkitys korostuu seuraavassa eli harjoitteluvaiheessa, johon lapsi siirtyy kymmenennen elinkuukautensa aikana. Liikkuminen tuottaa mielihyvää ja selkiyttää kehon rajoja, taktiilisten, kinesteettisten ja visuaalisten havaintojen myötä. Myös sisäiset kehon tunteet ja tasapainoelimistä tulevat havainnot jäsentävät kehonkuvaa. Viidentoista kuukauden iässä kehityksessä ilmenee uudelleenlähentymisen vaihe. Lapsi haluaa taas jakaa kokemuksiaan äitinsä kanssa. Hän ei kuitenkaan palaakaan symbioosiin vaan kognitiivinen kehitys ja pystyasennossa liikkuminen ovat lisänneet lapsen tietoisuutta omasta erillisyydestään. Lapsen on hyväksyttävä ja opittava hallitsemaan erillisyyden tunteet. Kolmannen vuoden aikana lapsen on yhdistettävä positiiviset ja negatiiviset kokemuksensa mielikuvajärjestelmäksi, jotta minä tunne säilyy eheänä. Hänen on mielletävä itsensä ja toiset kokonaisobjekteiksi, siten että

samaan ihmiseen sisältyy sekä hyvä että paha objekti. (Hakanen & Blinnikka 1990, 25–28, 30–32.)

Uudelleen lähentymisvaihe alkaa olla takanapäin noin 21. elinkuukauden tienoilla. Yksilöitymisen kiinteytymisen ja objektikonstanssin syntyvaihe ajoittuu kolmanteen ikävuoteen, tavallaan vaihe kuitenkin jatkuu koko elämän. Tässä vaiheessa tunne omasta kokonaisuudesta vakiintuu ja vaihe on tärkeä sukupuoli-identiteetin kehitykselle. Kun lapsi on oppinut tunnistamaan ja voi verbaalisesti ilmaista tarpeensa lapsen autonomian tunne kasvaa. Kehonkuvan yksilöitymisen kannalta on tärkeää, että lapsi pitää kiinni omasta todellisuuden testaamisensa tuloksesta, esimerkiksi että hänellä on nälkä vaikka äiti arvioisi tilanteen eri tavalla. Näin lapsi oppii ennakoimaan reaktioidensa seurauksia. Tahdonalainen toiminta vaikuttaa siihen, että lapsen ego muuttuu mielihyvä-egosta realiteetti-egoksi ja edistää minän rakentumista ja identiteetin kehittymistä. Äidin on tuettava lapsen kielellistä kehitystä. Lapsen tulee oppia verbaalisen ajattelun ja mielikuvien avulla tekemään kehon viesteistä symboleja ja käyttämään kieltä kommunikaatiovälineenä. Tässä kehitysvaiheessa tavoitteena on eheä kuva itsestä, kehosta ja suhteesta läheisiin ihmisiin. (Hakanen & Blinnikka 1990, 34–36.)

Normaali aikuisen kehonkuva on kiinteä, mutta joustava ja mikään kehonalue ei saa liikaa tai liian vähän huomiota. Oma itse ja toiset ihmiset hahmotetaan kokonaisobjekteina, joihin sisältyy sekä positiivisia että negatiivisia puolia. Kehon pintaan ja sisäosaan liittyvät mielikuvaryhmät ovat kiinteitä kokonaisuuksia. Selfin eri osat ovat tasapainossa ja body self on sulautettu selfin muihin osiin. Tärkeää on jatkuvuuden kokeminen koskien kokonaisuutta, tilaa, aikaa ja paikkaa. Kehon tarpeet ja elämykset ovat yhteydessä psyykkisiin tapahtumiin ja mielen sisältöjä voidaan sopeuttaa vastaamaan ulkoisten olosuhteiden vaatimuksia. Tunteenomainen suhtautuminen omaan ruumiiseen on mahdollista, suhtautuminen on realistista ja symbolinen prosessi on hyvin toiminnassa. (Hakanen & Blinnikka 1990, 39–40.)

2.6.2 Kehominä

Kehominää käytetään kun halutaan korostaa yhteyttä kehon ja minän välillä. Kehominä on kehollinen näkökulma identiteettikokemukseemme ja se sisältää kehonkokemukset ja keholliset asioiden käsittelytavat. Käsitteessä korostetaan minää subjektina. Kehominä ilmenee kaikilla neljällä olemassaolon tasolla ja tietoinen läsnäolo on edel-

lytys sen eheytymiselle. Keskittämällä huomio harjoitukseen ja siihen, miltä se tuntuu, ihminen saa kontaktin kehoonsa. (Roxendal & Winberg 2002, 59–60.)

Kehominä-käsitteessä keho vaikuttaa mieleen ja mieli kehoon. Kehominää voidaan tarkastella yleisestä tai yksilöllisestä näkökulmasta. Kehominä on toisaalta samanlainen meillä kaikilla eli yleisestä näkökulmasta ihmisten kehonosat, elimet ja fysiologiset toiminnot ovat samanlaiset. Kuitenkin yksilönä tarkasteltaessa ihminen eroaa asentonsa, kävelytyylinsä, eleidensä, ilmeidensä ja äänensä puolesta muista ihmisistä. Näitä ominaisuuksia voidaan havainnoida ja kehittää. Kehominä tarkoittaa asentojen ja liikkumisen sekä hengityksen herättämien tunteiden ja ajatusten merkitystä ihmiselle. (Talvitie ym. 2006, 268–269; Roxendal & Winberg 2002, 60.)

BK harjoitteissa on tarkoituksena rakentaa pohjaa kehominälle, jokaisessa liikkeessä tulisi löytää optimaalisin linja joka nivelelle. Kun ihminen löytää parhaan linjan liikkeelle eikä vie niveliä ääriasentoon hän säästää niveliä kulumiselta. Nivelten lisäksi tulisi nähdä kokonaisuus. Keho on elävä ja tietoinen, olemassaolo on kehossa kuten aivoissakin. Länsimaisten liikkumismuotojen tavoitteena on osin parantaa ulkonäköä, lihasvoimaa ja kuntoa, mutta fyysinen aktiviteetti antaa myös iloa, joka ei ole vain fyysistä, silloin vahvistuvat itsetuntemus ja elämäntunne. Vahva kehominä antaa luottamuksen kehoon. (Roxendal & Winberg 2002, 60–62.)

2.6.3 Kehonkuvan psyykkinen ja fyysinen puoli

Yksi tapa käsitellä kehonkuvaa on jakaa se psykologiseen ja fysiologiseen, vaikka ihmistä ei voidakaan näin pilkkoa osiin. Tällainen käsittelymalli auttaa ymmärtämään paremmin kehonkuvan ongelmia. (Sandström 1999a, 16.)

Kehonkuvan psyykkinen puoli muodostuu muistin ja minäkokemuksen yhteistyönä. Minäkokemus koostuu käsityksistä, tunteista, toiveista ja kuvitelmissa, joita ihminen omaa itsestään ja se muodostaa pohjan käyttäytymiselle ja kokemusmaailmalle. Minäkokemus ei välttämättä vastaa todellisuutta tai muiden käsitystä ihmisestä. Näitä kielteisiä tai myönteisiä mielikuvia itsestä nimitetään itsetunnoksi. Arviot omasta persoonasta alkavat kehittyä varhaislapsuudessa. Siinä vaiheessa vanhempien käyttäytyminen vaikuttaa eniten. Myöhemmin, noin 8-vuotiaana, lapsi alkaa itse arvioida omaa hyvyyttään suhteessa ikätovereihinsa, ulkonäköään, koulumenestystään ja lii-

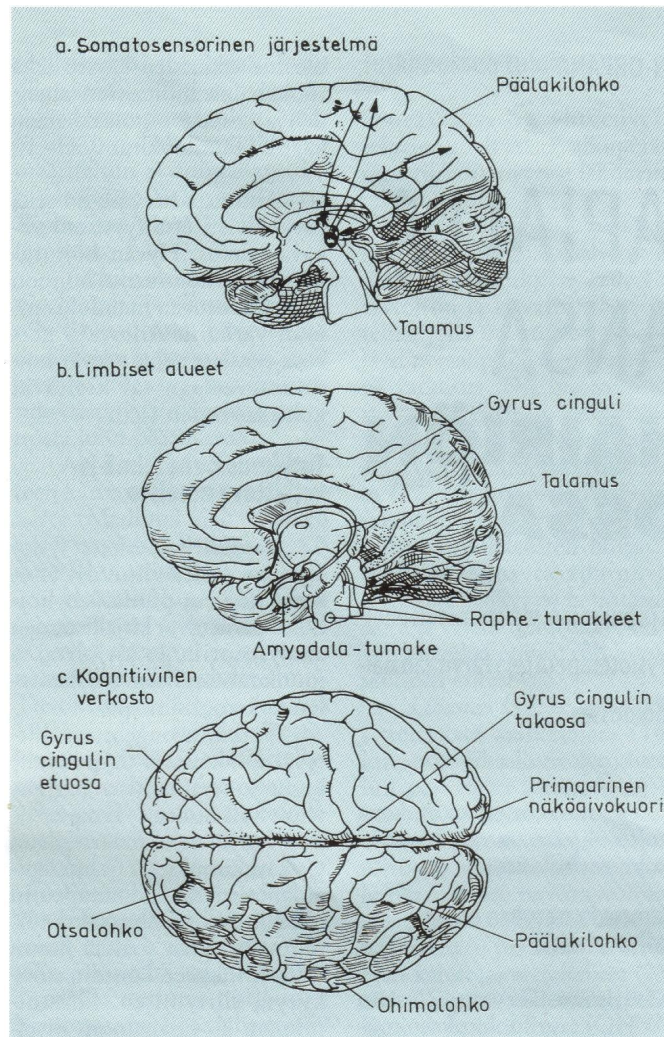
kunnallisuuttaan. Aikuisena vertaamme todellista minäämme ihanneminäämme. Mitä lähempänä todellisuus ja toiveajattelu ovat, sitä onnellisempi ihminen on. Vääristynyt tai epätodellinen kuva itsestä ja omasta kehosta voi johtaa ikäviin seurauksiin. Minäkuvaan tai minäkokemukseen kuuluu myös pystyvyys. Se on henkilön käsitys siitä, millaisista fyysisistä ja psyykkisistä haasteista hän pystyy selviytymään. Minäkokemukseen voidaan liittää tietoisuus itsestään. Roxendal kuvaa, että kyse siitä, miten ihminen arvioi elämäntilanteensa ja toimintakykynsä nykyhetkellä ja tulevaisuudessa sekä millaisia tunteita nämä arviot ihmisessä herättävät. (Sandström 1999a, 17.)

Tarkalleen ei tiedetä, miten minäkokemus syntyy aivoissa. Kipututkijan Melzackin mielestä vastaus löytyy perimän määräämästä hermoverkostosta. Siihen kuuluu monia alueita aivoista, talamustumakkeita, päälakilohkon sensorisia alueita sekä limbisiä ja otsalohkon rakenteita. Nämä rakenteet yhdessä muodostavat kehon mallin. Tämä verkosto toimii spontaanisti, mutta sensoriset ärsykkeet voivat muuntaa jotain osaa sen toiminnasta. Jos jokin kehon osa amputoidaan verkostoon jää koko kehon edustus, tosin aistimusten luonne muuttuu. Verkoston toimintaa ja osin sen rakennettakin muokkaavat puutokset sensoriikassa ja oppiminen. Kuitenkin minäkokemuksen on tutkittu säilyvän melko muuttumattomana läpi elämän. (Sandström 1999a, 17.)

Kuva 3. Minäkokemuksen tuottamiseen liittyvä hermoverkosto

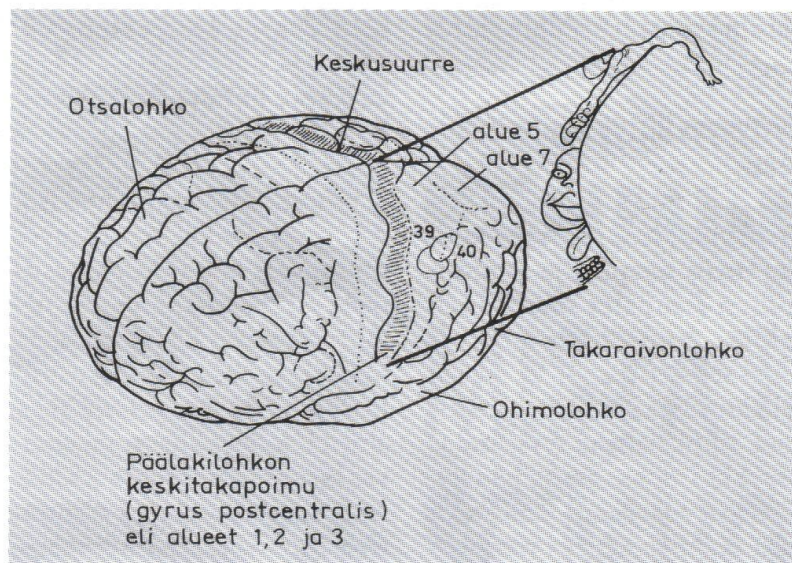
(Sandström 1999a, 19.)

- Iho- ja syvätunnon vastaanottoalue sekä muut kehollisia aistimuksia tuottavat alueet
- Tunteita ja motivaatioita tuottavat limbiset alueet
- Kognitiivinen verkosto, joka liittyy muistin toimintaan ja itseä koskevien tapahtumien arviointiin



Fysiologista kehonkuvaa kutsutaan myös kehonkaavaksi tai olemassaolon tunteeksi. Se on määritelty kehollisten aistimusten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Kuten minäkokemustakin tuottava hermoverkosto, myös hermostossa oleva motoriikkaa säätelevä kehon edustus on toisaalta muuntautumiskykyinen ja toisaalta vakaa. Kehonkaavan muodostuminen alkaa siten, että kehon ja kehonosien asennoista ja liikkeistä välittyy sensorista tietoa talamuksen kautta päälakilohkon takakeskipoimuun. Siellä kehon mittasuhteet eivät ole todelliset vaan niitä tarvitaan tarkkojen aistimusten

luomiseen, ei liikkumisen ohjaamiseen. Sieltä sensorinen tieto välittyy niille päälakilohkon alueelle, joille kootaan anatomiaa vastaava kuva. Tiedon käsittely tapahtuu vaiheittain. Ensin takakeskipoimun alueet 1, 2 ja 3 saavat yksittäisistä kehonosista lähteneet ärsykkeet, jonka jälkeen päälakilohkon alue 5 yhdistelee 1, 2 ja 3 alueiden tiedot ja rakentaa koko kehon somatosensorisen mallin. Seuraavaksi tieto kulkee alueelle 7, jossa malliin lisätään näöstä sekä tunne- ja motivaatiotilasta kertovat tiedot. Alueiden 39 ja 40 rakenteet lisäävät tietoihin vielä tasapainoelimen rekisteröimät ärsykkeet. Uskotaan, että näin syntyy kolme vertailumallistoa, joiden avulla liikkumiseen liittyvä aistitieto voidaan tulkita, havaita ja muuttaa liikettä tuottaviksi käskyiksi. Jotta aivot voivat vertailla toisiinsa tehtyä ja toivottua liikesuoritusta tarvitaan vielä liikekäsken kopio eli rinnakkaispurkaus, joka sekkin saapuu vertailualueille. Kun aivot voivat vertailla suoritusta ja havaita virheitä, voi tapahtua oppimista. (Sandström 1999a, 17–18.)



Kuva 4. Kehonkaavaa rakentavat alueet

(Sandström 1999a, 18.)

Kehonkaavassa tärkeimpänä pidetään geosentristä vertailumallia. Sen avulla voidaan tulkita kehon ja sen osien asennot suhteessa painovoimaan. Ensin pitää tietää missä asennossa pää on vartaloon nähden, pään ollessa vertikaalitasossa voivat aivot keskittyä säätämään vartalon ja raajojen asentoa. Pään asentoa ja siinä tapahtuvia muutoksia mittaavat tasapainoelimen otoliittireseptorit. Muita painovoiman vaikutuslinjaa havainnoivia mittaristoja on munuaisten lähellä sekä alaraajojen laskimoiden seinämissä.

Näiltä alueilta tieto välittyy aivorunkoon, jossa se yhdistyy geosentrisen normiston tulkitsemiin tietoihin, joihin myös näköaisti vaikuttaa. Muita vertailujärjestelmiä ovat egosenttrinen ja eksosenttrinen. Egosentrisessä arvioidaan vartalon ja raajojen asentoa ja liikettä. Tietoa saadaan somatosensoriikasta ja näköaistista. Eksosenttrinen järjestelmä sisältää tietoa kehon sijainnista tilassa, impulsseja tulee näkö-, kuulo- ja hajujärjestelmien avulla. Kaikkiin kehonkaavaa rakentaviin järjestelmiin saapuu nykyhetkeä vastaavaa sensorista tietoa jatkuvasti. Vertailujärjestelmien tilalla käytetään myös psykologisia tilatermejä. Persoonallinen tila vastaa kehon fyysisiä rajoja ja siinä toimitaan egosentrisesti painovoima huomioiden. Peripersonaalinen tila käsittää käden kosketusetäisyyden kehosta ja ekstrapersonaalinen tila ulottuu niin kauas kuin katse kantaa. (Sandström 1999a, 18.)

2.6.4 Kehonkuvan häiriöt

Kehonkuvan häiriöitä on monenlaisia. Eniten on tutkittu neurologisten ja psykiatristen potilaiden kehonkuvan häiriöitä, myös amputaatioista on paljon tietoa. Muita kehonkuvan häiriöitä sisältäviä sairauksia ovat syömishäiriöt, sokeritauti ja krooniset fyysiset sairaudet. Rajanveto psykiatristen ja neurologisten kehonkuvahäiriöiden välille on vaikeaa, koska erilaiset neurologiset häiriöt voivat olla tärkeässä osassa psykiatrisiksi luokiteltujen sairauksien patogeneesissä (Neuropsykiatria 1993, 155). Kehonkuvan ehyys edellyttää sitä, että kehon täytyy pystyä välittämään mielelle kaikki liikkumiseen ja kokemiseen liittyvät tuntemukset ja mielen on pystyttävä ne vastaanottamaan ja käsittelemään. Kehosta tuleva tieto saa mielessä tunnesisällön, siksi kehon viestit koetaan tärkeiksi. Tunneverkoston toimintaan ja sitä kautta itsetuntoomme vaikuttavat muiden kommentit kehomme ominaisuuksista. Mielessä syntyy myös todellisuudesta poikkeavia fantasioita, haaveita, ajatuksia ja tuntemuksia, jotka ihminen pystyy normaalisti erottamaan todellisuudesta. Todellisuuden tajun menettäminen rikkoo kehonkuvan eheyden kohtalokkaalla tavalla. (Sandström, M. 1999b, 17.)

Vuonna 1993 Vamos on julkaissut luokituksen, jonka avulla voidaan arvioida, miten fyysinen sairaus muuttaa kehon kokemista. Luokituksessa kehonkuva jaetaan neljään osa-alueeseen 1) kehon tuottama hyvän olon tunne, 2) psyykkiset ja fyysiset kyvyt, 3) ulkonäkö ja 4) käsitys miten elämä jatkuu. (Sandström, M. 1999b, 17.)

Psykiatriin kehonkuvan häiriöihin voidaan lukea subjektiiviset kokemukset, joiden aikana ihminen kokee itsensä tai ulkopuolisen maailman muuttuneen oudoksi tai epä-todelliseksi ja tajuaa kokemuksen epärealistisuuden sekä tunnistamishäiriöt, joissa ihminen on kyvytön tunnistamaan toisen henkilöllisyyttä tai sekoittaa ihmisen toiseen ihmiseen. Anoreksiassa potilas ei kykene näkemään itseään liian laihana vaan kokee olevansa normaalipainoinen tai lihava. Bulimiasta kärsivät ihmiset kokevat olevansa lihavia tai turvoksissa, vaikka kokemus ei vastaa heidän ulkoista olemustaan. Heille on tyypillistä voimakas huoli kehon muodoista ja painosta sekä suuri ero koetun ja havaitun kehon koon ja toivotun kehon ihannekoon välillä. Muita psykiatrisia kehonkuvan häiriöitä ovat kehonkuvaan liittyvät harhaluulot, joita on monenlaisia: harhaluulot kehon pahasta hajusta, rumuudesta tai ihoinfektioista. Tällaiset ongelmat johtavat usein itsetunto-ongelmiin. (Neuropsykiatria 1993, 155–157.)

Psykoottisilla potilailla on paljon kehoon liittyviä harha-aistimuksia. McGilchristin ja Cuttingin tekemässä tutkimuksessa harhoja oli eniten skitsofreenisilla ja vähiten maanisilla potilailla. Depressiiviset potilaat sijoittuvat edellisten välille. Depressiiviset harhat liittyivät useimmiten kehon toimintaan kun taas skitsofreeniset kehon rakenteisiin. Pahin tilanne oli yleisesti skitsofrenian alkuvaiheessa, jolloin mielen ja kehon välinen yhteys oli täysin kadoksissa. (Sandström, M. 1999b, 17–18.)

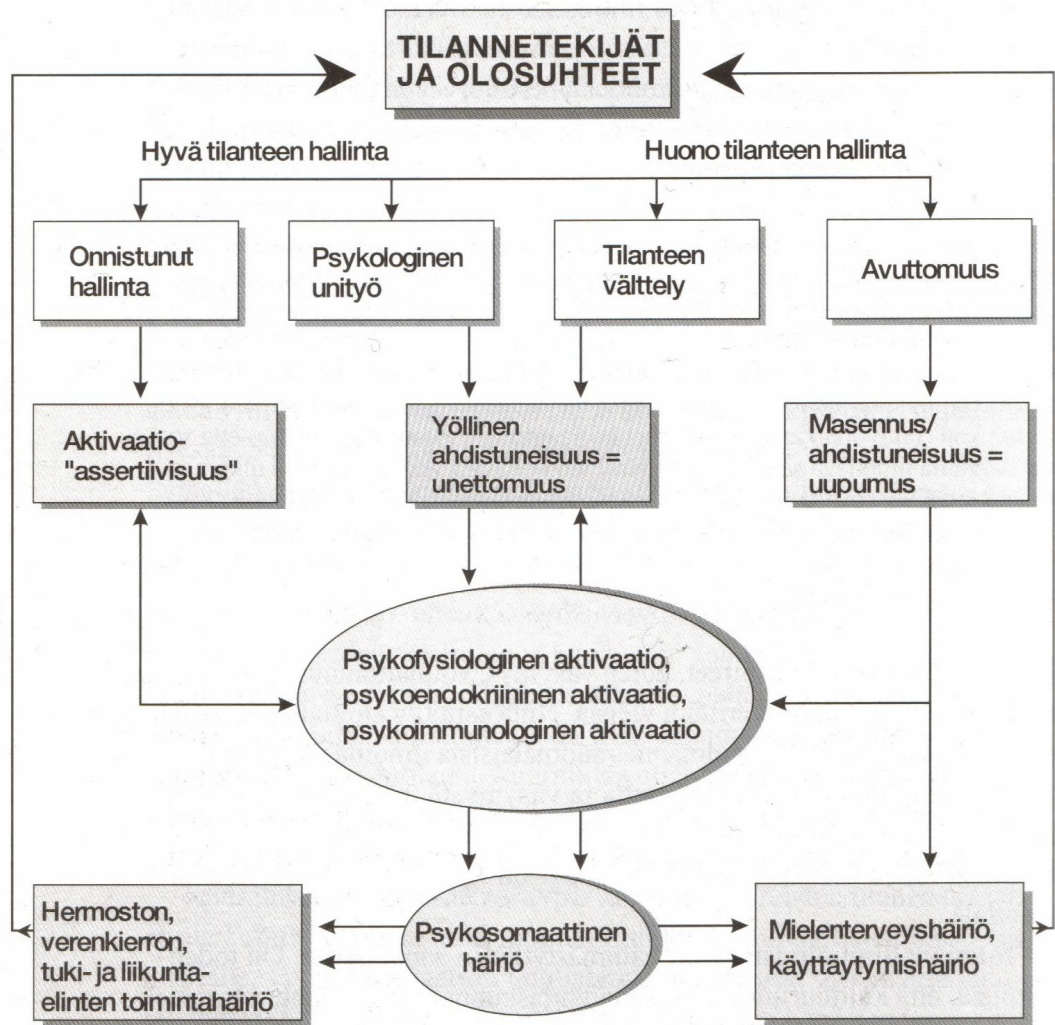
Kehonkuva ja seksuaalisuus ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Se näkyy häiriöissä, joissa potilas pelkää toivettaan sulautua toiseen ihmiseen ja torjuttu seksuaalisuus voi mahdollisesti olla tulos vaurioituneista tai ylikompensoiduista kehonkuvan rajoista. Jos potilas ei pysty joustamaan kehonkuvansa rajoissa eikä päästämään toista ihmistä lähelleen voi tämä heijastua potenssi- ja orgasmivaikeuksina. Joillakin henkilöillä voi seksuaalisen aktiviteetin tarkoitus olla kehonkuvan rajojen vahvistaminen, tällöin seksisuhteiden etsiminen voi olla pakonomaista ja seksikumppani voi joutua esineellistämisen kohteeksi. (Hakanen & Blinnikka 1990, 49–50.)

Keskeisiä aivonosia kehonkuvan havaintokokemuksen muotoutumisessa ovat parietaalilohkot, koska niiden kortikaaliset vauriot näkyvät kehonkuvan muutoksina neurologisilla potilailla. Selvää kehonkuvan paikallistamista aivoissa ei kuitenkaan pystytä tekemään. Somatosensoriset radat ja talamus ovat tärkeitä kehon tilaa koskevan tiedon tuomisessa ja muotoutumisessa. Yleisesti parietaalilohkojen vauriot ja häiriöt tuottavat puutos tai negatiivisia häiriöitä kehonkuvaan, kun temporaalilohkojen

toimintahäiriöt näkyvät aistinharhoissa ja kehonkuvan aktiivisissa ja positiivisissa oireissa. Neurologisten häiriöiden yhteydessä ilmenee häiriöitä kehon toisen puolen tiedostamisessa, kehon osan tai osien kokemisessa epänormaalin pienenä tai suurena, kipuärsykkeisiin reagointi on puutteellista tai puuttuu kokonaan, haamutuntemuksia voi olla amputoidussa raajassa ja on mahdollista kokea aistiharha, jossa ihminen näkee kuvan omasta kehostaan tai kehonosasta lähietäisyydessä, kuvassa on aina myös kasvat mukana. (Neuropsykiatria 1993, 150–153.)

Aivohalvauksen yhteydessä mahdollisesti ilmestyvä neglect on parhaiten kuvattu keuhominän häiriö. Häiriössä potilas yleensä jättää huomioitta kehonsa toisen puolen sekä puolet havaintoavaruudesta. Sairauden oireet tunnetaan hyvin mutta sen syitä ei osata kunnolla selittää. Huomioimattomuus voi aiheutua vaurioista ohimo-päälakilohkossa tai otsalohkon, sisemmän päälakilohkon pihtipoimussa, talamuksessa tai striatumissa. Tavallisesti kyseessä ovat oikean aivopuoliskon rakenteet. Oikea aivopuolisko näyttääkin olevan määräävässä asemassa tarkkaavuuden säätelyssä. Myös työmuistijärjestelmän vajaatoiminta tai tuhoutuminen aivohalvauksen yhteydessä selittää oireita, koska tällöin vasemman puolen spatiaaliseen havaitsemiseen tarvittavat seikat eivät ole saatavilla. Virhemekanismi voi olla myös kehonkuvan päivityksen puolella, koska proprioseptiikan viestit välittyvät paitsi vastakkaiselle niin myös saman puolen somatosensorisille aivokuorialueille. Normaalisti havaintoja ei käsitellä kaksinkertaisina. Neglectiin voi liittyä myös sairauden tunteen puuttuminen. (Sandström, M. 1999b, 18–20.)

Myös psykosomaattiset häiriöt voidaan lukea kehonkuvan häiriöihin. Hakanen ja Blinnikka tarkoittavat psykosomaattisella sairaudella tai häiriöllä tilaa, johon liittyy osoitettu fysiologinen toimintahäiriö. Häiriö vaikuttaa liittyvän potilaan persoonallisuusrakenteeseen, kehityshistoriaan ja elinolosuhteisiin. Useiden nykytutkijoiden mukaan psykosomaattisten, kuten myös psykoottisten ja rajatilatasoisten häiriöiden alku juontaa kolmen ensimmäisen elinvuoden ajalta, jolloin objektisuhteiden merkitys on suuri. Kehonkuvan kehityksessä on tärkeää tarkastella varhaista lapsuutta, omien rajojen luomista ja itsen eriyttämistä ympäristöstä. Myös seksuaalikehityksen vaiheet ovat tärkeitä kehonkuvan synnyssä ja niihin vaikuttavat objektisuhteet merkittävästi. (Hakanen & Blinnikka 1990, 11–12.)



Kuva 5. Psykosomaattisten oireiden dynamiikka

(Hyypä 1997, 202.)

Psykosomaattiset reaktiot ovat tavallisia. Jokainen ihminen voi joutua tilanteeseen, jossa psyykkiset suojautumiskeinot eivät riitä ja keho joutuu kantamaan ongelman. Psykosomaattisia häiriöitä on lievistä ja nopeasti ohimenevistä vakaviin, joihin hoito-yritykset eivät auta. Berliiniläisen koulukunnan ajatus psykosomatiikan merkityksestä on, että häiriön tehtävä on auttaa ihmistä identiteettinsä luomisessa. Tuloksena on epäaito ja valheellinen identiteetti. Joskus somaattisten oireiden parantuminen voi johtaa psyykkiseen hajoamiseen. Psykosomaattisille sekä depressiopotilaille on yhteistä, että kärsimys luo tunteen olemassaolosta. Psykosomaattiselle henkilölle ja hänen kehonkuvalleen on tyypillistä riippuvuus symbioottisesta objektsuhteesta, kyvyttömyys tunnistaa ja ilmaista omia tunteitaan ja tarpeitaan verbaalisesti, mielikuvituksen puute, köyhä kehon kieli, sairauden kehittyminen osaksi minää ja kehonkuvan jääminen symbolisen prosessin ulottumattomiin. Kaikki mainitut tekijät liittyvät aleksitymi-

aan. Useissa tutkimuksissa on löydetty yhteys aleksitymian ja psykosomaattisten sairauksien välillä. Aleksityymisiä piirteitä löytyy kuitenkin myös muilta kuin psykosomaatikoilta ja kaikilta psykosomaatikoilta ei tällaisia piirteitä ole löydetty. Psykosomaatikon ja aleksityymikon ajattelu sisältää takertumista yksityiskohtiin ja se on konkreettista, vaikka älykkyystaso olisi korkea. Aleksitymia on tehokas suoja-keino. Ihmissuhteille tyypillistä on kaavamaisuus ja riippuvuus, jolloin kehonkuvan rajat ovat jäykät ja suljetut. Mielenkiinto toisiin ihmisiin ja läheisyyden tunteet ovat vähäisiä. Huomion keskipisteenä on keho ja vaivat, mutta suhde kehoon on ulkokohtainen. Konkreettinen ajattelu vallitsee ja elämyksellinen keho jää toissijaiseksi. (Hakanen & Blinnikka 1990, 41–45.)

Estlanderin mukaan aleksitymian yhteyksiä somaattisiin sairauksiin on tutkittu ristiriitaisin tuloksin. Hänen mukaansa selkeitä ja johdonmukaisia yhteyksiä ei tutkimuksissa ole pystytty osoittamaan. Monissa yrityksissä on pyritty todistamaan kipuongelma psykologisesta syystä johtuvaksi. Näissä yrityksissä yleinen tulos on, että kipuongelma on monen tekijän yhteisvaikutus. (Estlander 2003, 46.)

Psykoanalyytikko Joyce McDougall toteaa, että psykosomaattiset potilaat eroavat psykoottisista ja neuroottisista potilaista usein siinä, että potilaiden oireista puuttuu merkityksellinen tarina. Sanat ovat kadottaneet tunnemerkitänsä. He voivat kertoa traumaattisista tapahtumista ilman suuria tunnekuohuja. Oireet viittaavat juuri aleksitymiaan. Voimakkaat tunteet ovat psykosomaattisesti oirehtiville pelottavia. Ihminen voi yrittää suojella itseään varhaisilta ja hengenvaarallisiksi koetuilta tarpeilta ja pettymyksiltä. Varhaista kiihtymystä ei voida käsitellä kielen avulla, jolloin se jää kehon käsiteltäväksi. (Vainio 2007, 124–125.)

Hakanen ja Blinnikan tutkimuksessa tutkittiin psykiatrisia, psykosomaattisia sekä normaaleita henkilöitä. Tutkimusmenetelminä olivat sana-assosiaatiotehtävä, lauseen täydennystehtävä ja piirtämistehtävänä piirtää mielikuva omasta ruumiistaan. Psykiatrisen ryhmän kehon kokemistapa näytti muuttuvan tilannetekijöiden vaikutuksesta. He olivat huolissaan kehonkuvansa rajojen pitävyydestä ja kontakti kehoon sekä kokemus kehosta jäivät normaaliryhmää heikommiksi. Realiteettikontrolli ei toteutunut kaikissa tehtävissä ja toisen ihmisen läheisyys ja suhde seksuaalisuuteen olivat kielteisempiä kuin normaaliryhmällä. (Hakanen & Blinnikka 1990, 152–153.)

Tutkimuksen psykosomaattiseen ryhmään valittiin henkilöitä, joilla oli ainakin yksi lääkärin toteama psykosomaattinen sairaus. Ryhmässä oli 20 henkilöä ja sairaudet olivat moninaisia. Tulokset tukivat oletusta, että psykosomaatikot pystyvät muita ryhmiä heikommin tavoittamaan kehonkuvansa symboliprosessin ulottuville ja tulokset vahvistivat käsityksiä aleksityymisistä piirteistä. Kehonkuvan piirtämisessä psykosomaatikkojen piirustuksissa oli rajojen puutteellisuutta, katkeilemista sekä joillakin rajojen liiallista korostamista. Sana-assosiaatio tehtävässä ilmeni psykomaatikkojen kehon kokeminen tarkkailtavana kohteena. Psykosomaatikkojen kokemusta kehostaan leimasi sisäänpäin kääntyneisyys ja sitoutuminen sairauteen tai kehontilojen tarkkailuun. Vaivojaan psykosomaatikot osasivat kuvata persoonallisesti. Psykosomaatikot säilyttivät realiteettikontrollinsa vaikkakin paljolti kehon vaivojensa kautta. Heidän kehonkuvansa oli negatiivisempi kuin normaaliryhmällä ja siinä sairastamisella oli suuri merkitys, tätä tukivat kaikkien tutkimusmenetelmien tulokset yksiselitteisesti. Heille oli tyypillistä ajatella, että myös terveet kehonosat sairastuvat tai epäillä niiden kuntoa ja heidän kontaktinsa kehoonsa oli heikko ja psyykkinen side sairastamiseen vahva. Seksuaaliasioita koskevissa kysymyksissä he liittivät vastauksiin muita ryhmiä harvemmin mielikuvia toisesta ihmisestä ja suhtautuminen toisen ihmisen läheisyyteen oli kielteisempää kuin normaaliryhmillä. (Hakanen & Blinnikka 1990, 64–67, 134, 137, 139–140, 142–143, 145–148, 152.)

Kehonkuvan häiriöihin kuuluvat myös paranormaalit kokemukset. Tähän ryhmään lasketaan kuuluvan kokemukset telepatiasta, telekinesiasta, ennusajatukset, ennusteet, déjà-vu-kokemukset, tunne toisen ihmisen läsnäolosta ja yhteys henkiolentoihin ynnä muut sellaiset. Systemaattinen tutkimus aiheesta on vähäistä, vaikka paranormaalit kokemukset ovatkin ihmisillä hyvin yleisiä. Kokemukset eivät ole osoitus sairaudesta, mutta niitä ilmenee keskimääräistä enemmän vaikeassa elämäntilanteessa olevilla. Kokemuksia voidaan pitää myös dissosiaatioilmiöinä, kun ihminen pyrkii hallitsemaan ahdistuneisuutta. (Neuropsykiatria 1993, 153–154.)

3 KUINKA KEHO VIESTII?

3.1 Kehon kieli

Ihmisen fyysisestä olemuksesta voi päätellä monia asioita. Pelkän olemuksen ja asennon perusteella moni muodostaa mielikuvan ihmisestä, hänen tunteistaan, mielentilastaan, mahdollisista estoistaan ja aikomuksistaan. Kehon kieli toimiikin meidän pääasiallisena kommunikaation muotona ensimmäiset 15 elinkuukauttamme ja siitä muodostuu vuorovaikutuksemme perusta. Sanattomaan viestintään voidaan lukea asennot, liikkeet, kasvojen ilmeet, äännähdykset, äänensävyt ja pitämämme etäisyys muihin ihmisiin. Sanaton kieli ei katoa kehityksessämme vaan täydennämme sitä sanallisella viestinnällä. (Svennevig 2005, 39–40.)

Lähes 90 % ihmisten välisestä viestinnästä perustuu eleisiin ja ilmeisiin. Jos kielellinen ja sanaton ilmaisu ovat ristiriidassa, sanaton ilmaisu on vahvempi. Suurinta osaa ilmeistä ja eleistä voidaan pitää kulttuurisidonnaisina, koska eri kulttuureissa samoilla ilmeillä tai eleillä on erilaiset tarkoitukset. Kehonkieltä voi käyttää hyväkseen saavuttaakseen toisten ihmisten luottamuksen. Ensitapaamisella kannattaa kiinnittää huomiota omiin eleisiin, ilmeisiin, pukeutumiseen, henkilökohtaiseen tilaan ja liikehdintään. Ryhdikäs olemus, luja kädenpuristus ja hyvä katsekontakti herättävät kiinnostusta ja luottamusta toisessa ihmisessä. (Hyypä 1986, 59, 61–62.)

Voimme pitää fyysistä olemustamme psyykkisen tilanteemme ruumiillistumana. Suurissa tunnekokemuksissa huomaa, että ne tapahtuvat kehon tasolla, sanat eivät useinkaan riitä kokemuksen kuvaamiseen. Kehon kieli on sosiaalisen kanssakäymisen perusta, jos toinen ihminen ei ilmaise mitään sanojen lisäksi, on kanssakäyminen todella vaikeaa. Empatia on myös tärkeä ominaisuus, koska silloin ymmärrämme paremmin toisen ihmisen tilaa. Toisten ihmisten tunteiden tunnistaminen on yhteydessä aivojen somatosensorisiin alueisiin ja nämä alueet ovat yhteydessä oman kehon tilan tunnistamiseen. Jos somatosensoriselle alueelle tulee vaurioita, on ihmisen vaikea tunnistaa toisten ihmisten tunnetiloja kasvoilta sekä usein omat tunteetkin latistuvat. Kun ihminen pyrkii tunnistamaan toisen tunnetilaa, hän matkii liikkeillään tulkittavia asentoja ja ilmeitä. Tästä hän saa somatosensorista tietoa, joka kertoo miltä asento tai

ilme tuntuu. Sanatonta vuorovaikutusta pidetäänkin tanssin kaltaisena. (Svennevig 2003, 21–23.)

Kehonkielessä sen käyttäjä ei useinkaan tiedosta viestivänsä, eikä tiedä viestinsä sisältöä. Viestin vastaanottaja ei puolestaan tiedä vastaanottavansa viestiä. Tällöin tiedonvälitys voi olla heikkoa, mutta tiedostamaton merkkien välitys onnistuu.

Kehonkielellä on laajat viestintämahdollisuudet. Toimivuus viestintävälineenä riippuu täysin toisen ihmisen kyvystä vastaanottaa ja tulkita viestejä. Tähän tarvitaan sekä tunnetta että tietoa (Hyypä 1997, 69). Kuuntelijan on pystyttävä samaistumaan toisen ihmisen sisäiseen maailmaan säilyttäen näkemyksensä omasta ja toisen elämäntilanteesta. (Hyypä 1986, 52–55.)

Hyypän mukaan kehon kielen ymmärtämisen tarkoitus on vuorovaikutuksen tavoittelu ja paraneminen. Itseymmärryksen lisäämisen keinoin voidaan parantaa ihmissuhteita. Kehonkielen välityksellä oivaltaa uusia merkityksiä ja näistä oivalluksista seuraa turhan narsismin vähentyminen. Kun ihminen osaa lukea kehonkieltä sujuvammin hän pystyy suhtautumaan luontevasti kanssaihmiin, myös sellaisiin, joiden keho on jollain tavalla vajavainen tai heillä on ahdistusta. (Hyypä 1986, 34–35.)

Ruumiillinen kommunikaatio on yhteydessä kulttuuriin. Käyttäytymistämme määrittävät normit ja säännöt. Nykyajan elinympäristöt ovat steriilejä ja myös kehon tulisi olla. Vain erityistilanteissa toisten koskettelu ja paljaan kehon näyttäminen on sallittua. Keskustelijoiden kasvojen etäisyys on eurooppalaisilla ainakin sen verran, ettei toisen hengityksen haju tunnu. Nykyajan ihmisen keho ei näy, tunnu eikä tuoksu. Keho kertoo itsestään vain kun se on hädässä kuten loukkaantunut tai väsynyt. Toisaalta pyrimme vapauttamaan kehon sen olemattomuudesta. Kehon käyttämisen mielihyvää koemme harrastamalla liikuntaa. Usein kehon käyttö tapahtuu ohjaajan välityksellä, osaksi siksi että koemme kehomme outona ja tuntemattomana. Ohjaaja voi kertoa meille mitä tulee tuntea ja milloin. (Vainio 2007, 65–67.)

Kehon kieli viestii usein jostain ongelmasta, sairaudesta tai oireesta. Mutta kehon kielen kuuluu myös paljon muuta kuin negatiivisia oireita. Sitä käytetään positiivisten elämysten ja asioiden viestintään. Eleet ja ilmeet kuvastavat persoonallisuuttamme. Kehon kieli ei välttämättä ole loogista ja aina kehon tuntemuksia ei pystytä muuttamaan sanoiksi. (Hyypä 1997, 43–44.)

Kehon kielen tulkinta vaatii paljon. Jotta tulkinta onnistuisi, tarvitaan elämän kokemusta, kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen sisäistämistä ja erityiskoulutusta. Tällaista koulutusta ei sisälly terveydenhuoltoalan perusopintoihin. (Hyypä 1997, 67.)

3.2 Tunteet

3.2.1 Tunteiden ilmeneminen kehossa

Tunne eli emotio määritellään kokemukseksi. Tunteet kuvaavat ihmisen tapaa kokea todellisuus ja samanaikaisesti ne ovat kehon toiminnallisia tiloja. Tunteet ovat subjektiivisia ja niiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät, elämänhistoria, ihmisen erityispiirteet, luonne, aikatekijät sekä tilanteen synnyttämän tarpeen laatu. Maslow jakaa tarpeet ruumiillisiin, turvan, rakkauden, arvostuksen ja itsensä toteuttamisen tarpeisiin. Ruumiillisia tarpeita pidetään tärkeimpinä. Nykyään, kun nälkä, jano ja lämmön tarve ovat meidän yhteiskunnassamme tyydytetty, voidaan keskittyä muihin tarpeisiin, kuten toiveisiin mielenkiintoisesta työstä ja hyvistä ihmissuhteista. Kuitenkin tulee muistaa, että seksuaalisuuden tarve ohjaa eniten tunteitamme. (Hyypä 1986, 115–116.)

Vainion mukaan tunteet ovat ympäristön tai elimistön tilan synnyttämiä neurobiologisia tiloja, jotka ovat yhteydessä koko kehoon. Affektioteoriassa tunnetiloja (affects) pidetään elimistön biologisina tiloina, tunteet (feelings) ovat nimettyjä tunnetiloja ja emotiot (emotions) ovat tunnemuistoja, jotka ovat löytäneet yksilöllisen historian. Kun tunnetilat saavat sanoilla ilmaistavan muodon, niistä tulee tietoisia kokemuksia. Tunnetilat voivat siirtyä ja tarttua yksilöltä toiselle lähellä olevalle yksilölle. (Vainio 2007, 80.) Affektit eli elämykset ja tunnetilat ovat tärkeimpiä liitoskohtia psyyken ja kehon välillä. Ne pyrkivät tuomaan kehon ja ympäristön viestejä tietoisuuteen. (Hakonen & Blinnikka 1990, 45.)

Täytyy muistaa, että tunteet eivät kuitenkaan ole mielialoja eivätkä luonteenpiirteitä ja myös mielen terveyden häiriöt eroavat tunteista. Amerikkalainen psykofysiologi Paul Ekman on listannut emotioiden tunnusmerkeiksi seuraavat asiat: eläimilläkin on emotioita, emotiot syttyvät ja sammuvat nopeasti, yleensä minuuteissa, niillä on kehitysopillinen tausta, ne koetaan tahtomattakin, niillä on erilaiset aivot toiminnan

vastineet ja ne erottuvat erilaisin merkein, kuten ilmeinä. Usein tunteet jaetaan onnellisuuteen, surullisuuteen, pelokkuuteen, vihaisuuteen, yllättyneisyyteen ja vastenmielisyyteen. (Hyyppä 1997, 47.)

Kaikki tunteet sisältävät liikeimpulssin. Yleensä se tarkoittaa lisääntyttä lihasaktiiviteettia. Lasta katsoessa voi nähdä kuinka tunne näkyy koko kehossa. Tällainen reaktio on luonnollinen. Jos pidämme tunteen sisällämme, lukitsemme tunteemme ja liikeemme lihasjännityksen ja hengityksen pidättämisen avulla. Näiden keinojen avulla ehkäisemme erityisesti sellaisia tunteita, joita emme pidä hyväksyttävinä. Kaikki tunteet ovat kaksiosaisia, niissä on subjektiivinen kokemus ja kehollinen ilmaisu. (Thornquist & Bunkan 1991, 20.)

Punastuminen, vapina, pupillien laajeneminen ja supistuminen ovat tunteiden ilmaisuja, joita emme pysty tahdonalaisesti hallitsemaan. Kasvon ilmeitä voimme osittain kontrolloida, kuitenkin kun olemme yksin, ilmeistä ja eleistä näkee surullisuuden tai ahdistuneisuuden. Tunteet on mahdollista jakaa tunneperheisiin ilmaisun, fysiologisen reaktion ja tunteen synnyttävien tilanteiden samankaltaisuuden perusteella. Perustunteet ovat viha, kunnioittava pelko, ylenkatse, inho, jännitys, hämmennys, pelko, suru, häpeä, kiinnostus, yllättyneisyys ja nautinto. (Svennevig 2003, 18–19.)

Tutkijoilla on ollut monta näkemystä kehon tason ilmiöiden ja emotionin suhteesta toisiinsa ja siitä kumpi on määrävässä asemassa. Toiset ovat sitä mieltä, että kehon ilmiöt ovat seurausta emotionista ja toiset kuten James ja Lang ajattelevat, että kasvojen ja kehon liikkeet, jotka ovat syntyneet reaktiona ympäristöön, ovat ensisijaisia tunteen syntymisessä. James-Langen teorian haastajaksi on noussut Cannonin-Bardin tunneteoria. Sen mukaan ensiksi tunteen laukaiseva ärsyke aktivoi tunteita sääteleviä aivoalueita. Siitä seuraa sekä subjektiivinen tunnekokemus että autonomisen hermoston reaktiot toisistaan riippumatta. Kolmas tunnettu tunneteoria on Schachterin ja Singerin. Siinä arvostellaan muita teorioita kognitiivisten tekijöiden huomioitavaksi jättämisestä tunteiden säätelyssä. Sen mukaan tunnekokemus on seuraus tulkinnasta, jossa ihminen hyödyntää elimistön ja ympäristön tietoa. Esimerkiksi sydämen lyöntitiheyden kasvaminen voidaan tulkita tilanteen mukaan rakastumiseksi, peloksi tai ärtymykseksi. (Svennevig 2003, 18–19; Paavilainen ym. 2002, 128–130.)

Fysiologinen tila sekä ympäristön tapahtumat vaikuttavat tunnekokemukseen, sen nimeämiseen ja tulkintaan. Kognition merkityksellä on erilaisia painotuksia. Tutkimuksissa on pystytty havaitsemaan, että eri tunnetiloissa autonominen hermosto reagoi eri tavoin sukupuolesta ja kulttuurista riippumatta, vanhemmiten reaktiot vaimenevat. Esimerkiksi vihassa sydämen syke kiihtyy kun taas inho voi laskea sykettä, lisätä syljen eritystä ja kiihdyttää ruuansulatusta. Viimeisimpien tutkimusten valossa tunnekokemusta tulkittaisiin kehon reaktioiden ja tunnekokemusten pohjalta, ei niinkään kognitioiden ja tilannetekijöiden pohjalta. Tunne-elämykset ovatkin usein voimakkaampia henkilöillä, jotka ovat herkkiä tunnistamaan kehostaan tulevia ärsykeitä. Tunteiden kulttuurisidonnaisuudesta ollaan montaa eri mieltä. Kulttuurisidonnaisuuden kannattajat esittävät, että eri kulttuureissa tunteet nimetään eri kriteerein eli toisen kulttuurin edustaja ei tiedä mitä tunnetta toisen kulttuurin edustaja ilmaisee. Kulttuurisidonnaisuuden vastustajat vetoavat siihen, että kasvojen ilmeet tulkitaan hyvin samanlailla kulttuurista riippumatta. Selityksenä kyseiselle ilmiölle tarjotaan evoluutiota tai lajityypillistä oppimista. (Svennevig 2003, 20- 21.)

Tunteilla on biologinen pohja. Tämä pohja on kuitenkin nykytutkimuksen mukaan kadottanut pitkälti merkityksensä, koska kulttuuri ja kasvatusta ovat nousseet tärkeimmiksi seikoiksi tunteiden ja niiden ilmaisun säätelijöinä. Kuitenkin tunteisiin liittyvä fysiologia on tallella. Yksilöllistä ja täysin kasvatuksen ulottumattomissa on se, kuinka voimakkaita fysiologisia reaktioita tunteet aiheuttavat. (Keltinkangas-Järvinen 2004, 165–166.)

3.2.3 Tunteiden tunnistaminen ja ilmaisu

Länsimaissa tunteiden ilmaisematta jättämistä pidetään terveydelle vaarallisena, mutta itämaisissa kulttuureissa itsehillintä on hyve ja voimakasta tunteiden ilmaisua paheksutaan. Tunteiden ilmaisuun liittyy paljon kulttuurisidonnaisuutta. Myös länsimaissa itsehillintää pidetään tärkeänä ominaisuutena, se auttaa pidemmän tähtäimen tavoitteiden saavuttamisessa ja ohjaa käyttäytymistä pois välittömästä tarpeiden tyydyttämisestä. Kuitenkin liiallinen tunteiden kieltäminen ja tukahduttaminen johtaa useasti kehollisiin ongelmiin. Tällaiset epämiellyttävät ja sopimattomat tunteet muuttuvat helposti kehollisiksi kivuiksi. Psykkisen tasapainon ylläpitämisessä fyysinen oire on pienempi uhka kuin tunteen tiedostaminen ja käsittely. Esimerkiksi 85 %:lla selkäkipuisista kivulle ei löydy mitään ilmeistä lääketieteellistä syytä. Tunteiden tukahdutta-

mista voidaankin pitää yhtenä merkittävänä tekijänä. Tunteiden sisällä pitäminen vaatii työtä, työ vaatii energiaa ja energian ollessa vähissä seurauksena on väsymys. Rastusväsymys synnyttää jatkuvaa lihasjännitystä, jonka seurauksena ihminen altistuu kivuille. Kipu syntyy lihaksen hapen tarpeen lisääntyessä ja lihaksen verenkierron samanaikaisesti heiketessä. Verenkierto heikkenee, koska jännittyneen lihaksen lihas-säikeet estävät tehokkaasti verenkierron. Kipu johtuu hapenpuutteesta ja lihaksen lähettyvillä kulkeva hermokin voi joutua tapahtumaketjun seurauksena puristukseen. (Svennevig 2005, 34–38.)

Kansaneläkelaitoksen tutkimuksesta selviää, että 16 %:a suomalaismiehistä ja 10 %:a suomalaisnaisista kärsivät selvistä tunteiden tunnistamisen ja ilmaisemisen vaikeuksista. Näillä oireilla on selvä yhteys masennukseen ja somaattisiin oireisiin. Kehon psykosomaattinen reagointi ilmenee monilla fysiologisilla muutoksilla: verenpaine, sydämen toiminta, lihasten jännitystaso ja hormonitoiminta muuttuvat. Muita muutoksia ilmenee kehossamme hengityksen syvyydessä ja rytmisissä, eleissä, liikkumisessa ja asennoissa. Mielentilalla on vaikutusta myös ryhtiin ja kävelytapaan. (Miikkulainen 1999, 40.)

Balanssi-projektin tutkimuksessa osoitettiin, että työuupuneilla oli tunteiden tunnistamis- ja ilmaisuvaikeuksia. Jos uupumus oli voimakasta, vaikeuksia ilmeni erityisesti suuttumuksen tunteiden ilmaisussa. Pidätetystä aggressiosta työuupuneet kertoivat seuraavan esimerkiksi päänsärkyä. Henkinen väsymys ilmeni fyysisinä voimattomuuden tuntemuksina, voiman katoamisena jaloista ja käsistä sekä aiempien harrastusten jäämisellä. Toisilla uupuneilla päällimmäinen tunne oli väsymyksen sijasta pitkäaikainen stressitila. (Miikkulainen 2002, 10–11.)

Tunteet voidaan luokitella ilmeneviksi kolmella tasolla. Elämyksellinen taso sisältää tunteiden kokemisen ja havaitsemisen. Tunteiden ilmaisemisen taso, miten tunteita osoitetaan, ja fysiologisella tasolla ilmenevät tunteisiin liittyvät fysiologiset reaktiot. Elämykselliseen tasoon kuuluu myös miten voimakkaana ja kuinka pitkäkestoisena ihminen tunteen kokee. Nykyajan ihminen haluaa usein hyväksyä vain positiiviset tunnekokemukset. Normaaliin elämään kuuluvat ahdistuksen ja alakuloisuuden tunteet pyritään poistamaan lääkkeiden avulla. Tunteiden ilmaisun tasolla voidaan käyttää verbaalista, nimeäminen, kuvaaminen ja kertominen, tai motorista ilmaisua, ilmeet, eleet ja liikkeet. Motorisessa ilmaisussa kasvonilmeet ovat tärkeimmät. Länsimaisen

kulttuurin piirissä kasvolihhasreaktiot ovat ihmisillä hyvin samanlaiset. Keltikangas-Järvisen mukaan tunteiden päättelemisen käsien tai pään asennosta tai tavasta seisoa tai liikkua on mahdotonta. Ihminen ilmentää tunteitaan niillä, mutta yksilöllinen vaihtelu on niin suurta, ettei yleisiä tulkintoja voida tehdä. Synnynnäinen temperamentti vaikuttaa liikkumistapaan. Länsimaisessa kulttuurissa kielellistä ilmaisua pidetään ensisijaisena. Toisissa kulttuureissa kehon kieli on tärkeämpää. Fysiologisella tasolla tunteet voivat ilmetä voimakkaasti; hermostuminen käsien värinä tai suuttumus äänen värinä. Osalla yhteys fysiologiseen tasoon on voimakkaampi, osalla heikompi. Fysiologinen reaktio valmistaa ihmisen fyysisesti toimintaan, johon tunne kääntyy, tunne toimii motiivina. (Keltikangas-Järvinen 2004, 174–179, 181.)

3.2.3 Tunteiden säätely

Etuaivojen sisäosissa sijaitsee limbinen järjestelmä, joka on tärkeä tunteiden säätelijä. Se käsittää rakenteita, jotka osallistuvat, mielihyvän, kivun, pelko- ja hyökkäysreaktioiden ja homeostaattisten motiivien säätelyyn sekä sukupuoliseen käyttäytymiseen. Limbinen järjestelmä toimii myös välittäjänä kognitiivisten toimintojen, autonomisen hermoston ja umpieritysjärjestelmän välillä, koska sillä on yhteyksiä sekä aivokuorelle että sisäelinten toimintoja sääteleville aivouron alueille. Myös somaattisen hermoston kasvonilmeitä säätelevä osa on yhteydessä tunteisiin ja osittain tietoisien kontrollin ulkopuolella. (Paavilainen ym. 2002, 130–131.)

Tunteet eivät ole pysyviä vaan kypsään tunne-elämään kuuluu mahdollisuus tunnetilojen joustavaan ja vähittäiseen muuttamiseen. Tunnetilan säätely tarkoittaa sen käsittelyä, jotta toimintakyky ja tasapaino pysyisivät hyvinä. Tilanteita kannattaa tarkastella monipuolisesti, pohtia niihin johtaneita tekijöitä sekä toisen henkilön näkökulmaa asiaan. Lapsi oppii kymmeneen ikävuoteen mennessä säätelemään tunteitaan. Tunteiden säätelyn strategioita ovat ongelmaratkaisutaidot, sosiaalinen tuki, ajattelun uudelleen suuntaus, asioiden monipuolinen pohdinta ja vetäytyminen omiin kuvitelmiin. Myös ulkoiset säännöt edistävät tunteiden säätelyä, yhteiskuntaan sopeutuminen edellyttää kielteisten tunteiden säätelyä. Pulkkinen mallin mukaan vahva tunteiden säätely ulospäin suuntautuneen käyttäytymisen yhteydessä lisää muita huomioon ottavan käyttäytymisen todennäköisyyttä. Jos taas säätelee tunteitaan vahvasti, mutta on sosiaalisesti vetäytyvä, on suurempi todennäköisyys välttää sekaantumista tunteita kiihottaviin asioihin tai selitellä asiat parhain päin. Jos säätelee tunteitaan heikosti ja on

ulospäin suuntautunut, lisääntyy aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyys ja sosiaalisesti vetäytyvällä lisääntyy voimattomuuden ja ahdistuneisuuden kokemukset. Edellisiin väittämiin vaikuttavat temperamentti, kasvatuskokemukset, tilannetekijät ja henkinen kypsyys. Temperamentti käsite kuvaa ihmisen tunnereaktioita, erityisesti reaktioherkkyyttä, -voimakkuutta ja sosiaalisuutta. Lapsuuden temperamenttipiirteillä on osoitettu olevan yhteys aikuisiän käyttäytymispiirteisiin. Jos lapsuusiässä tunteiden säätely on heikkoa, lisääntyy aikuisiässä riski päihteiden käyttöön, onnettomuuksiin, epäsosiaaliseen käyttäytymiseen, pitkäaikaistyöttömyyteen ja niiden johdosta heikompaan terveyteen. Itsehallinta parantaa suorituskykyä, oppimista ja sosiaalista sopeutumista. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 106–109.)

Hyypän (1997) hallintastrategioita voidaan ajatella olevan kolme erilaista. Tarkkaavaisuuden voi suunnata johonkin muuhun asiaan, pois häiritsevistä tekijästä. Mielen ristiriidan merkityksen voi muuttaa tai ihminen voi käyttäytymisellään vaikuttaa ongelmaan. Yksi tarkkaavaisuuden suunnan muuttamisen muoto on kieltäminen. Se ei ole hallintastrategiana toimiva, pidemmällä aikavälillä se johtaa uusiin ristiriitoihin. (Hyypä 1997, 120.)

3.3 Kipu

3.3.1 Krooninen ja psykosomaattinen kipu

Kipu on epämiellyttävä tunne, joka havaitaan tietyllä kehon alueella. Kaikenlainen kipu on aina todellista. Hyypä toteaa, että kivulla on sellainen ominaisuus, että kaikki ihmiset ovat sen kokeneet, mutta kukaan ei pysty luotettavasti määrittelemään sitä, miten toinen ihminen sen kokee. Kipu on yksityinen tieto, joka on myös yleiskäsite, josta jokaisella ihmisellä on jonkinlainen, mutta kuitenkin hieman erilainen käsitys. Kipuoireen syynä saattaa olla psyykkiset seikat. Kipu on keino sietää ratkaisemattoman ristiriidan ahdistusta tai muuten epämiellyttävää olotilaa. Kipureaktio voi ilmetä monin tavoin, autonomisen hermoston reaktioina tai ärsyyntyneisyytenä, unettomuutena, masentuneisuutena tai jännittyneisyytenä. Somaattista oireilua ilmenee, kun mieli ei kykene käsittelemään asiaa psykologisin keinoin. Somatisaatio on määräaikainen ilmiö ja se häviää mielen ratkaisukeinojen lisääntyessä. (Kivunhoito 2000, 66–67; Hyypä 1982, 81–82.)

Myös Vainio (2007) kertoo, että psykoanalyttikot ja -somaatikot kertovat sisäisestä konfliktista, mielen ristiriidasta, somaattisten oireiden syynä. Ristiriitaiset tunteet aiheuttavat konfliktin, ihmisestä tuntuu, että vaikka hän toimisi kuinka, hän silti päätyy umpikujan, konfliktista seuraa somatisaatio. Joillain ihmisillä ratkaisematta jääneet ongelmat johtavat psyykkisiin oireisiin ja toisilla ruumiillisiin, kuten kipuun. Hollantilaisen tutkijan Paul Verhaeghen mukaan somatisaatiohäiriöiden taustatekijöitä ovat varhaiset kiinnittymisongelmat sekä emotionaalinen, fyysinen tai seksuaalinen väkivalta. (Vainio 2007, 105–106, 108–109, 127.) McDougal käsittää psykosomaattisiksi oireiksi ja sairauksiksi kaikki ruumiilliset oireet, sairaudet ja muutokset, joiden synnyssä ja ylläpidossa psyykkiset tekijät ovat merkittäviä (Vainio 2007, 124). Svennevig toteaa, että somatisaatiota voi olla kahdenlaista, joko puhdasta, asiakas pitäytyy fyysisissä syissä oireiden selittämisessä tai ehdollista, asiakas kuvaa ruumiillisia oireita, mutta näkee sopivassa tilanteessa myös yhteyden psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Ominaista somatisaatioasiakkaalle ovat monet, toistuvat ja pitkäaikaiset fyysiset vaivat, mutta selittävää ruumiillista sairautta ei löydy tai oireet ovat suhteettomia sairauteen nähden. (Svennevig 2005, 92–93.)

Maailman kivuntutkimusyhdistys (IASP) taas määrittelee kivun epämiellyttäväksi emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy kudonvaurioon tai sitä kuvataan kudonvaurion termein. Kipua voidaan lähestyä sekä elämys- että kudonvaurionäkökulmasta. Vainion mukaan aivojen kuvantamiseen liittyvien tutkimusmenetelmien kehittyessä onkin keskitytty paikallistamaan sitä, mihin erilaiset psykologiset prosessit aivoissa paikantuvat ja potilaan omat elämykset ovat unohtuneet. Kuitenkin kuvantamismenetelmillä voidaan nähdä miten tunnekokemukset muokkaavat aivotoimintoja. Tunne- ja oppimiskokemukset sekä kipu jättävät meihin pysyvän jäljen. Hermosto on uudelleenmuovautumiskykyinen ja keho muistaa. Kuitenkin kuvantamisessa näkyy vain ajatus, mutta ei se, mitä ajatellaan. (Vainio 2007, 116–118.)

Äkillisen ja kroonisen kivun erot ovat huomattavat. Yleensä psykosomaattinen kipu on juuri kroonista. Äkillinen kipu on ymmärrettävä suojareaktio ja se on ohimenevää. Kroonista kipua ei pysty helposti selittämään toisille ihmisille ja se ei ole varoitus elimistöä uhkaavasta vaarasta eikä se lievity helposti tavanomaisin lääkkein. Kun kipu ei tunnu hellittävän, tulevaisuus vaikuttaa synkältä ja avuttomuus ja toivottomuus ovat päällimmäiset tunteet. Kansainvälisen määritelmän mukaan krooniseksi kipu lasketaan

kun se on jatkunut yli kuusi kuukautta (Hyypä 1997, 67). Somatisaatio on yleistä kroonisesta kivusta kärsivälle. Usein he kieltävät sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat kokonaan. Hyypän mielestä kipu ei kuulu tasapainoiseen ja terveeseen mieleen vaan se on pyrittävä poistamaan oikein keinoin. (Hyypä 1982, 109–110, 114, 117.)

Krooninen kipu jaotellaan krooniseksi kudosisvauriokivuksi, hermovauriokivuksi ja tuntemattomasta syystä johtuvaksi kivuksi (Vainio 2004, 35). Tuntemattomasta syystä johtuvassa kivussa ei ole viitteitä kudosis- tai hermovaurioon, lääketieteellisten tutkimusten tulokset ovat normaalit. Kipu ei silti ole kuviteltua, teeskenneltyä tai keksittyä. Kipu voi tuntua samalta kuin näkyvässäkin vauriossa. (Vainio 2004, 35.)

Krooniseen kipuun liittyviä tunnereaktioita ovat masennus, aggressio ja ahdistus. Kipupotilailla yleisiä ovat myös syyllisyyden ja häpeän tunteet. Masennus voi johtua kohdatusta kriisistä, terveyden menettämisestä. Potilas voi olla huolissaan tulevaisuudesta, hän ei jaksa olla aktiivinen, nukkuu huonosti ja keskittymiskyky heikentyy. Myös mielenhäiriö tai lääkitys voi olla masennuksen taustalla. Suoraa yhteyttä masennuksella ja kivulla ei kuitenkaan ole. Kipupotilas, joka kokee pystyvänsä vaikuttamaan tilanteeseensa ja ei koe kipua kovin rajoittavana ja saa sosiaalista tukea ei yleensä masennu. Jos potilas ei usko omiin kykyihinsä, kokee toimintakykynsä heikoksi eikä saa sosiaalista tukea hän masentuu helpommin. (Estlander 2002, 73–77.)

Aggressio kuluttaa voimavaroja ja voi aiheuttaa ihmissuhdeongelmia. Joskus aggressiivisuus voi olla jopa turvallisuusriski. Suuttumusta pidetään tunteena, johon liittyy kokemus henkilökohtaisesti tärkeän ihmisen, myös itse, huonosta kohtelusta. Tällöin henkilö haluaa palauttaa arvostuksen. Ärtymyksen taustalla voi olla itse kipu, rasittava kipukokemus tai kivun sosiaaliset ja taloudelliset seuraamukset ja koetut vääryydet. Aggressiivisuus voi olla tilapäistä tai pysyvämpää ja siihen liittyy aggressiivinen käyttäytyminen. Kipupotilailla aggressiivisuus on tavallisesti tilannesidonnaista. (Estlander 2002, 77–79.)

Ahdistus varoittaa vaarasta. Ahdistunut kokee olevansa suojaaton, ennakoimattoman tulevaisuuden armoilla. Kipuun liittyen potilas tuntee kivun uhkana. Ahdistuneisuus voi olla pysyvämpää tai tilanteeseen liittyvää. Ahdistus liittyy posttraumaattiseen stressireaktioon, jolloin se voi jatkua pidempään. Myös sietämätön kivun kokemus voi heijastua ahdistuksena. Tällöin hoidossa tulee käsitellä traumaattisia asioita. Ahdistus

ja masennus ovat usein samanaikaisia ongelmia. Molempiin liittyvät unihäiriöt, huolestuneisuus, keskittymisvaikeudet ja ärtyneisyys. Ahdistukseen liittyy myös sydämentykytystä, hikoilua ja suun kuivumista. (Estlander 2002, 79–81.)

Tutkimusten mukaan somatisaatioon liittyy masennusta 53 %:lla ja ahdistuneisuutta 40 %:lla. Nykyisen käsityksen mukaan psykosomaattiset oireet ovat masennuksen ja ahdistuksen vastine ja oireiden taustalla on aleksitymia. Aleksitymia on korostunut tutkimuksissa, joissa psykosomaattisista oireista kärsiviä on verrattu oireettomaan väestöön. Toisaalta aleksitymiasta kärsiviltä on löydetty enemmän selittämättömiä somaattisia oireita kuin ihmisillä, jotka eivät ole aleksityymisiä. Aleksitymiaa voidaan pitää pysyvänä persoonallisuuspiirteenä. (Vainio 2007, 128.)

Jatkuva ja vaikea kipu osoittaa eron lääketieteellisen taudinmäärittelyn ja ihmisen oman sairauden kokemuksen välillä. Krooninen kipu ja ihmisen elämä ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Kipu vaikuttaa elämänsuunnitelmiin, itsetuntoon, ihmissuhteisiin ja tulevaisuuteen. Kroonisen kivun hoidossa tulee muistaa psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, koska ne vaikuttavat kivun syntyyn, kokemiseen ja sen hoitoon. Kroonisen kivun ymmärtäminen vaatii koko länsimaisen arvomaailmamme pohtimista. (Vainio 2007, 16–17.)

Krooninen kipu tuhoaa elämää. Monet kivusta kärsivät ihmiset vihaavat uutta potilaan identiteettiään ja haluaisivat oman itsensä takaisin. He voivat kokea, että he ovat itse kipu tai että he ovat menettäneet itsensä täysin. Kivun lisäksi myös siihen liittyvä turhautuminen, masennus ja eristäytyminen vaikuttavat ihmisen kuvaan itsestään. Marja-Liisa Honkasalon 1990-luvulla tekemän haastattelututkimuksen mukaan kivusta kärsivillä ihmisillä muuttuu tilakäsitys sekä käsitys omasta kehollisuudestaan. Kipupotilaiden tilakäsitys ei ollut staattinen fysikaalinen ominaisuus vaan tila oli muuttuvaa ja liikkeessä olevaa. Lepoa ja lievitystä kivulle ei löytynyt mistään. Ulkomaailma kutistui sitä pienemmäksi mitä kovempi kipu oli. Lopulta kipu tuntui olevan koko maailmassa ja oman itsen ääriiviivat hämärtyivät. Liikkumattomuus ja tasapainohäiriöt saavat ihmisen haavoittuvaksi maailmassa, jossa arvostetaan itsenäisyyttä ja toimintaa. (Vainio 2007, 25–28.)

Kun ruumiillista syytä kivulle ei löydy, pidetään ihmistä hulluna. Kärsijät keskustelevat harvoin kivuistaan muiden kanssa, koska muut pitävät tilannetta kiusallisena. Toi-

saalta kipupotilaasta voi tuntua, että jos he salaavat kipunsa kokonaan, kanssaihmiset eivät usko kipuun enää ollenkaan. Osaksi kipukokemusta muodostuu helposti leimautuminen valittajaksi ja sosiaalisten etujen havittelijaksi. Kroonisesta kivusta kärsivät etsivät diagnoosia, lievitystä tai hyvää asentoa. Muita kroonisia sairauksia sairastavat kokevat saman alkuvaiheessa, mutta he löytävät sitten oman kategoriansa ja asettuvat sairauden määrittämään identiteettiin. Kroonisen kivun kärsijälle kategorioiden ulkopuolelle jääminen saattaa olla jopa kipua suurempi ongelma. He ovat kulttuurisesti ja hoitojärjestelmän silmissä nimettömiä. Kivulle nimen etsiminen voi johtaa lääkäriltä toiselle tai hoitotoimenpiteestä ja testistä toiseen kulkemiseen. Diagnoosin saaminen voi vapauttaa syyllisyyden tunteesta vaikka diagnostiset kriteerit voivat olla hatarat ja varsinaista hoitoa ei voidakaan tarjota. (Vainio 2007, 31–34.)

Kipututkimus on todistanut että kaikki kipu on todellista. Vaikka kivun alkusyy olisi mikä tahansa, se tuntuu samanlaiselta. Kuitenkin kun krooninen kipu nimetään psykoogeeniseksi, niin kivusta kärsivä henkilö joutuu itse todistamaan kipunsa. Suomalaiselle valehtelijaksi epäileminen on raskas syytös, koska suomalaisille totuus, autonomisuus, itsellisyys ja pärjääminen ovat tärkeitä arvoja. Nämä arvot vaikuttavat suomalaisen kipupotilaan todellisuuteen. (Vainio 2007, 50–51.)

Psykosomatiikan teorian muodostus on hyvin vaikeaa, koska psyykkiset ilmiöt selitetään psykologisin käsittein ja fyysiset ilmiöt fysiologisin tai anatomisin käsittein. Psykosomatiikassa pitää ymmärtää näiden kahden kuvaustason yhteys. (Hakanen & Blinnikka 1990, 3.) Hyypä määrittelee psykosomatiikan mielen, kehon ja ympäristön vuorovaikutusta tutkivaksi ihmistieteeksi. (Hyypä 1997, 21.)

Yleisiä psykosomaattisen kivun ilmenemismuotoja ovat stressi, päänsärky, selkäkipu, vatsakipu, kutina ja masennus. Stressi aiheuttaa muutoksia autonomisen hermoston toiminnassa: sydämen syke nopeutuu ja verenpaine nousee, iho muuttuu kalpeaksi, hengitys tihenee, silmien mustuaiset laajenevat ja lihakset jännittyvät. Kun tällainen tila on pitkittynyt tai toistuu usein, elimistön liiallinen kuormitus aiheuttaa kipuja ja sairauksia. Päänsäryistä yleisin on lihasjännityspäänsärky ja sen syynä on jännitys niskan ja pään seudun lihaksissa. Selkä- kuten vatsakipukin luokitellaan psykosomaattiseksi, jos elimellistä syytä ei tutkimuksissa löydetä. Myös kutina voi johtua psyykkisistä tekijöistä. Masennukseen kytköksissä oleva kipu ilmenee yleensä epämääräisenä särkynä alaselässä, päässä tai niska-hartiaseudussa. (Kivunhoito 2000, 70–74.)

Psykosomaattisista kivuista kärsivää voi auttaa monin keinoin. Ensin suoritetaan tutkimukset sairauksien poissulkemiseksi. Psykososiaalisessa arvioinnissa kartoitetaan psykososiaaliset ja ympäristön stressitekijät sekä asiakkaan yleinen suoriutumistaso. Yleensä kipu koetaan fyysisenä oireena, tällöin ihmisen on vaikea hyväksyä psykologista arviointia. Asiakkaalle on selitettävä kivun psyykinen ulottuvuus ja motivoida häntä arviointiin. Mikäli arvioinnista ei löydy selittävää somaattista diagnoosia voi kyseessä olla masennus tai ahdistushäiriö. Perheen merkitystä olisi hyvä pohtia asiakkaan kanssa. Pyrkikö asiakas saamaan tahtonsa läpi perheessä kivun avulla, pystyykö hän siten laiminlyömään velvollisuuksiaan vai kaipaako hän huomiota ja huolenpitoa. Yhteistyösuhde psykosomaattisista kivuista kärsivän potilaan kanssa tulisi olla jatkuva ja pitkäjänteinen. Tällöin asioita ei tarvitse toistaa monille ihmisille vaan pystytään keskittymään hoitoon. Mikäli kipupotilas on lapsi, yhteistyö vanhempien kanssa nousee merkittäväksi. Silloin tulee tutustua perheen ja ympäristön kivunilmaisutapaan. Läheisten kipukäyttäytymisellä voi olla suuri vaikutus lapsen kipujen kokemiseen. Kehonkielen tarkkailu korostuu, kun lapsi ei löydä sanoja kokemalleen, yli 10-vuotiaiden on havaittu pystyvän kertomaan kivustaan kuin aikuinen. Täytyy muistaa, että vasta kouluikäinen lapsi alkaa ymmärtää, että kipu ei ole loputonta, sitä nuoremmat kokevat kivun hallitsemattomana ja jatkuvana (Hyyppä 1982, 90). Myös vanhus-ten kivun kokeminen on erilaista. He saattavat valittaa vähäistä reumaattista kipua, mutta sietää vaikean sairauden kipuja, heijastuskivut ovat yleisempiä ja huono muisti saattaa aiheuttaa haasteita kivun hoidossa (Hyyppä 1982, 98–99.)

3.3.2 Kipukäyttäytyminen

Estlanderin (2002) mukaan kipukäyttäytyminen on potilaan tapa ilmaista kipuaan esimerkiksi sanoin, huokailuin, itkien ja irvistelyin ja siihen liittyy myös tiettyjen liikkeiden välttäminen, vetäytyminen yksinäisyyteen ja lääkärin vastaanotolle hakeutuminen. Kivun ilmaisemisen taustalla voi olla kärsimystä tai sillä voidaan pyrkiä johonkin päämäärään. Kipukäyttäytymistä voivat ylläpitää erilaiset kognitiiviset prosessit. Kivun ilmaisemiseen liittyy myös kulttuuri, temperamentti, persoonallisuuden rakenne ja aikaisemmat kokemukset ja muut ihmiset. Psyykkiset tekijät vaikuttavat aina kipukäyttäytymiseen huolimatta siitä onko kivulle elimellistä taustaa vai ei. Lisäksi kivun ilmaisemisen taustalla on tietysti kipuaistimus, kudosärsytys, uskomukset ja tunteet. (Estlander 2002, 65–67.)

Kipureaktio on aina opittu. Kipua välittävä fysiologinen viestijärjestelmä on rakennettu hermostoon, mutta sen käyttöönotto on yksilöllistä. Jo pienet lapset reagoivat epämiellyttävään ärsykkeeseen ja alkavat ensimmäisestä ikävuodesta lähtien oppimaan, mikä aiheuttaa kipua ja mitä tulee siten välttää. Jos joku perheenjäsen kanavoituneen elämän ongelmansa kipuun, tarttuu kipu lapseen helpoiten. Lapsi oppii nopeasti, että kipu on keino kerätä myötätuntoa. Niin sukupuoliroolit kuin kulttuurierot vaikuttavat voimakkaasti kipukäyttäytymiseen. Myös sairaalaympäristöllä, lääkäriellä, sairaanhoitajilla, muilla potilailla ja sairaalan arkirutiineilla on vaikutusta siihen. (Hyypä 1982, 83–88.)

Kipukäyttäytymiseen kuuluvat ilmeet, ääntely, kivun sanallinen ilmaisu, asento ja liikkeet. Läheiset tunnistavat kivun aiheuttamat kasvonilmeet, koska ilmeiden tahdonalainen kontrolli on vaikeaa. Kipuun liittyvien ilmeiden tunnistaminen onkin osittain tiedostamatonta ja välitöntä aivotoimintaa. Teknillisessä Korkeakoulussa Espoossa on tehty tutkimus, jossa terveille koehenkilöille näytettiin kroonisesta kivusta kärsivien valokuvia. Koehenkilöille tehtiin aivojen funktionaalinen magneettikuvaus samalla kun he arvioivat kivun voimakkuutta valokuvissa olevilla sairailta. Kivun tunnekokemuksiin liittyvien keskustusten aktivaation voimakkuus koehenkilöillä oli suorassa suhteessa kipupotilaiden kivun intensiteettiin. Kipukeskusten aktivaation voimakkuus korreloi myös koehenkilöiden empaattisuuden kanssa, jota he arvioivat kyselyn yhteydessä. Tällainen peilireaktio ei koske vain kipua, vaan pitää paikkansa myös inhon sekä kosketustuntemusten kohdalla. (Vainio 2007, 82–84.)

Sairauskäyttäytymisessä on eroja miesten ja naisten kesken. Vielä 12-vuotiaana poikien ja tyttöjen oireilussa ei ole eroja. Puberteetissa miesten ja naisten sairauskäyttäytymisen erot kasvavat. Yleisesti naiset ilmaisevat helpommin henkisten paineiden tunteet. Naiset kärsivät enemmän lievistä mielenterveyshäiriöistä. Miehet taas kärsivät enemmän vakavista mielenterveyshäiriöistä, kuten psykooseista, alkoholismista tai pelihimosta. Toiminnallisista oireista kärsivät enemmän naiset. Tätä voidaan pitää seurauksena naisten erilaiselle tunteiden ilmaisutavalle. Miehet eivät osaa yhtä hyvin pukea tunteitaan sanoiksi. Nainen purkaa tunteitaan sanoilla ja miehillä yleisempää on kehon toiminnan, kuten parasympaattisen hermoston toiminnan kiihtymisen ja stressihormonien erityksen lisääntymisen kautta asian käsittely. Tutkimusten mukaan naiset

osaavat käyttää terveydenhoitopalveluja tehokkaammin sekä solmia sosiaalisia suhteita paremmin. (Hyypä 1997, 102–103.)

Kun ihmisen käyttäytyminen suuntautuu hoitoon, se ei tee vielä ihmisestä potilasta. Mutta jos oireista huolestuu, muuttuu käyttäytyminen sairauskäyttäytymiseksi ja oirehtijasta tulee potilas. Sairaskäyttäytymisen kehittymiseen vaikuttavat kulttuuri, ympäristö, persoonallisuus ja elämäntilanne. (Hyypä 1997, 70.)

Kivun kieleksi sanotaan hiljaisuutta ja sen ilmaiseminen sanoilla on vaikeaa. Tämän avuksi 1970-luvulla kipututkija ja psykologi Ronald Melzack sekä W. S. Torgerson laativat McGill-kipusanaston. Sanaston sanat kuvaavat kivun ominaisuuksia ja auttavat kärsijää kuvaamaan tuskaansa. Heikki Ketovuori on kääntänyt sanat suomeksi. Kipua kuvaavia sanoja ovat terävä, vihlova, viiltävä, repivä, tukahduttava, musertava, nykivä, tempova, riuhtova, ärsyttävä, tuskastuttava, lievä, kiusallinen, kova, sietämätön ja tappava. Kivusta kertominen toiselle ihmiselle laajentaa tilaa kipupotilaan ympärillä, ääni ulottuu tilaan puhujan ja kuuntelijan väliin. Myös äänen kuuleminen voi rauhoittaa kipupotilasta, äänellä on lohduttava ja yksinäisyyttä poistava vaikutus. (Vainio 2007, 84–85, 87.)

Kroonisesta kivusta kärsiminen vaikuttaa erityisesti länsimaisen teollisuusyhteiskunnan ongelmalta. Vainio pohtii kirjassaan miksi kroonista kipua ei esiintynyt kambodžalaisilla kun hän työskenteli siellä kipuklinikalla. Muita kipuja heillä oli paljon ja ne hoituivat yleensä yksinkertaisella lääkityksellä. Sodan jälkeen amputoituja ihmisiä oli paljon mutta aavesäryt eivät kuitenkaan olleet ongelma. Syyksi kroonisiin kiputiloihin Vainio kertoo, että länsimaalaisille kelpaa vain kivun täydellinen poistaminen. Länsimaalaisessa lääketieteessä kivun poistaminen on tavoitteena, ei sen kohtaaminen, hyväksyminen ja elämän jatkuminen kivusta huolimatta. Täydellisen terveyden vaatiminen tekee meidät kaikki sairaiksi. Toiseksi syyksi Vainio nimeää työelämän. Kiireinen vaihe työssä näyttää jatkuvan koko työuran ajan. Suomessa vuosituhannen vaihteessa tietotyöläisistä 70 %:a kertoi työtä olevan enemmän kuin ehtii tehdä ja 86 %:a valitti kireistä aikatauluista. Stakesin tutkimuksen mukaan työikäisen väestön psyykkiset oireet lisääntyivät vuosina 1987–1996 50 %:sta noin 65 %:iin. Uupumus kohdistui useammin naisiin, koska he vaativat itseltään suurta panosta sekä työssä että kotona. Kuitenkin kroonisen kivun syntymisen syyt ovat yksilöllisiä, moninaisia ja

yhteydessä henkilön elämänselämään ja – tilanteeseen. (Vainio 2007, 94–97, 102, 105.)

Psykosomaattinen kipu voi olla uhka, vaara, menetys, hyöty, helpotus tai haaste (Kivunhoito 2000, 70). Ihminen itse antaa kivulle merkityksen. Ihminen voi ajatella kivun vihollisena. Se voi edustaa henkistä kasvua ja positiivista haastetta. Kipua voi ajatella myös osana elämää, siihen kuuluvana. (Vainio 2004, 99.)

3.3.3 Kipukokemus ja kivun säätely

Aivokuoressa tapahtuu kivun laadun, voimakkuuden, keston ja paikan analysointi ja kivun kokeminen. Kivun kokeminen on yhteydessä limbiseen järjestelmään, joka välittää tunnekokemuksia. Kivun ja psyyken vuorovaikutusta voidaan selittää laskevien hermoratojen avulla. Keskittyminen ja kilpailutilanne voivat aktivoida näitä kipua estäviä hermoratoja, jotka välittäjäaineiden vaikutuksesta voivat vähentää kivun voimakkuutta, myös lääkkeet ja sähköinen stimulaatio vaikuttavat laskevien hermoratojen kautta. (Vainio 2004, 29–30.)

Kipukokemuksen syntyyn liittyy sensorinen, kipua erittelevä osatekijä. Somatosensorinen kuorikerros käsittelee tietoa ja arvioi kipuärsyksen ominaisuuksia, kestoja, voimakkuutta ja sijaintia. ACC-kuorikerros, joka sijaitsee aivojen etuosassa, puolestaan alkaa toimia stressitilanteissa. Se on tärkeä kipuun liittyvän tunteen synnyssä, alueen toiminta ei ole yhteydessä kivun voimakkuuteen vaan epämiellyttävyyden kokemukseen. Kivun kokemukseen vaikuttavat monet tekijät kuten asenteet, odotukset, tarkkaavaisuus ja vireystaso. Ihmisen kokiessa kipua hän ensin arvioi sen merkityksen. Arvio vaikuttaa kivun voimakkuuteen. (Vainio 2004, 30–31.)

Kivun välittyminen aivoihin ja kipuärsykkeiden käsittely aivoissa tunnetaan jo melko hyvin. Tuntoaivokuori arvioi kivun voimakkuuden ja luonteen. Aivosaaren (insula), pihtipoimun (gyrus cinguli) ja osan otsalohkoa uskotaan olevan mukana kipuärsykkeiden aiheuttamien muistojen, mielikuvien ja tunteiden käsittelyssä. (Vainio 2007, 120–121.)

Biologisesti ajateltaessa kipu saa alkunsa jo kipuhermosolujen aksoneissa. Kivun laadullista valikointia tapahtuu säikeissä (A-delta ja C), ja sitä voi tapahtua jo kipuher-

mopäätteissä, kuitenkin kipu määritellään keskushermostossa. Selkäytimessä sijaitsee ainakin kahdenlaisia kipuja välittäviä hermosoluja, jotka jaetaan I- ja II-luokkaan. Tutkimuksissa on todettu, että II-luokan solujen aktivoituminen itsessään aiheuttaa jo ihmisellä kivun kokemisen. Kivun säätelyssä Melzakin ja Wallin porttikontrolliteoriaa pidetään merkittävänä. Teoriassa kipuärsyke kulkee selkäytimen takasarven solujen muodostamasta portista. Kivun muuntelussa selkäytimen takasarven synapsit ovat tärkeitä, niihin tulee tietoa sekä keskushermostosta että kudoksista, tieto voi olla kipua lisäävää tai estävää (Vainio 2004, 27–28). Jos portti on auki kipuärsykkeet pääsevät kohti aivoja, jos se on kiinni tai auki vain puolittain kipuärsykkeet eivät pääse aivoihin tai niitä pääsee aivoihin vain vähän. Portin sulkemisesta ja avaamisesta huolehtivat aivoista tulevat selkäyttimeen päättyvät radat. Ärsytettäessä selkäytimen paksusäikeisiä välihermosoluja lukko sulkeutuu ja ohutsäikeiset hermosolut puolestaan avaavat lukon. (Hyyppä 1982, 145–147.)

Vainio antaa käytännön esimerkin porttikontrolliteorian toimivuudesta. Kun ihminen satuttaa itseään, hän yleensä hieroo kipeää paikkaa. Tämä aktivoi paine- ja kosketustuntoa välittäviä nopeita A-beeta-hermosäikeitä, nämä kuljettavat kosketusärsykettä selkäyttimeen kipuviestiä nopeammin. Tällöin aivoihin menevät kipuärsykkeet vähenevät. Tätä käytetään hyväksi erilaisissa ärsytyshoidoissa. (Vainio 2004, 27–28.)

Kemiallisesti tapahtumaa tarkasteltaessa näyttää siltä, että P-aine vapautuu selkäytimen takasarvesta ja näin kipuärsyke siirtyy synapsiraon ylitse. Portin sulkevia aineita ovat endorfiinit ja serotoniini. Serotoniini muodostuu etenkin aivorungossa olevissa hermosoluissa ja endorfiini puolestaan selkäytimessä. Tutkimuksissa on todettu, että serotoniinin ja endorfiinin määrät selkäydinnesteessä vaihtelevat kivunsietokyvyn mukaan. Aivoissa olevia kivun säätelyjärjestelmiä tutkittaessa on selvinnyt, että harmaan aineen sähköinen ärsytys voidaan korvata paikallisella endorfiini- tai enkefaliiniruiskeella, tästä seuraa kivun tunteen katoaminen. Luultavammin selkäytimen yläpuolella sijaitseva kivun säätelyjärjestelmä muodostuu aivoverkoston hermosoluista. Kuitenkaan biologisesti ei pystytä selittämään krooniseen kivun tunnistamiseen liittyviä seikkoja ja kivun yhteys tunne-elämään on epäselvää. Tiedetään kuitenkin, että käyttäytymisen ja tunne-elämän muutokset sekä äkillisen kivun sattuessa monet vauriosta varoittavat puolustusjärjestelmät käynnistyvät ja välittyvät limbisen järjestelmän kautta. (Hyyppä 1982, 145–147.)

Kehon omat mahdollisuudet säädellä kipua tapahtuvat selkäytimessä, aivoverkostossa ja /tai limbisessä järjestelmässä. Kivun hoidossa on kolme mahdollisuutta. Kipurata voidaan katkaista kemiallisen salpauksen tai paikallisen vaurioittamisen keinoin keskus- tai ääreishermostossa, kipua voidaan vähentää vaikuttamalla aivoihin kulkeviin kipua hillitseviin ratoihin ja järjestelmiin ääreisärsytyshoidoilla, kuten akupunktuuri tai TENS, tai kipua voidaan vähentää vaikuttamalla aivoista pois päin, aktivoimalla suoraan aivojen kautta sisäisiä kipua hallitsevia järjestelmiä. Nämä toimenpiteet, kuten hypnoosi ja suggestio vaikuttavat tiedostamattoman ja tietoisuuden kautta aivoissa kivun tunteen säätelyyn. (Hyypä 1982, 148.)

Coping-käsitettä käytetään puhuttaessa selviytymiskeinoista, käsittelykeinoista ja käsittelytaidoista, jotka liittyvät myös suoraan aivojen kautta aktivoitaviin kipua hallitseviin järjestelmiin. Coping tarkoittaa kuinka kipupotilas pyrkii tulemaan toimeen kivun kanssa ja vähentämään sitä ja sen aiheuttamia ongelmia. Coping tyylejä ovat muun muassa muuttumaan ja muuttamaan pyrkivä tyyli. Muuttumaan pyrkivä yrittää sopeutua olosuhteisiin ja muuttamaan pyrkivä yrittää muuttaa olosuhteet hänelle sopiviksi. Copingkeinot ovat passiivisia tai aktiivisia, yksityisiä tai jaettuja, tunteisiin tai ongelmaan liittyviä ja sairauteen tai terveyteen keskittyviä. Jos ihminen kokee kivun ylittävän hänen selviytymis- ja hallintakykynsä, se on stressitekijä. Minkälaisia kivun käsittelykeinoja potilas valitsee, riippuu kivun merkityksestä hänelle, omista pystyvyyksistä, kivun herättämistä ajatuksista, kivun voimakkuudesta, elämäntilanteesta ja tavoitteista. Vaikeassa kivussa käsittelykeinoja on vähemmän.

Käsittelykeinoiksi voidaan lukea esimerkiksi huomion kiinnittäminen muualle, aktiivinen tekeminen, kivusta puhuminen, vetäytyminen omiin oloihin, lääkkeiden ottaminen, itsensä rohkaisu, rukoileminen, toivominen, huumori ja kipukokemuksen tulkinnan muuttaminen. Keinot liittyvät kulttuuriin, suomalaisilla luontoon ja sisuun. Vähäiseen kipuongelmaan liittyvät aktiiviset, ongelman ratkaisuun ja terveyteen liittyvät käsittelykeinot. Vaikeampaan kipuongelmaan taas passiiviset, tunteisiin ja sairauteen liittyvät käsittelykeinot. (Estlander 2002, 85–88.)

Kivun välitys- ja muuntelujärjestelmä on hyvin muovautuva. Kipusignaali muokkautuu matkallaan monin eri tavoin, kipuärsyke voi aiheuttaa pitkäaikaisia toiminnallisia muutoksia ja hermovaurioissa kipuradat voivat muuttua. Kivun hoito perustuu lähinnä kivun estojärjestelmien hyväksikäyttöön ja näin muutokset järjestelmissä voivat vai-

keuttaa hoitoa. Toiset muutokset voivat myös lievittää kipua. (Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede 1999, 121–122.)

4 KEHONTUNTEMUKSEN HARJOITTAMINEN

4.1 Kehontuntemuksen harjoittamisen perusteet

Roxendalin mukaan ymmärtääkseen kuinka kehominää voi harjoittaa, on hyvä jakaa se eri toimintoihin, joita ovat ankkurointi, keskilinja, keskusta, hengitys ja virtaus. Keskeistä BK:n harjoittamisessa on kohdistettu huomio. Tehdessään liikeharjoitusta huomio tulee kohdistaa itse harjoitukseen tai johonkin sen ominaisuuksista. Tämä ominaisuus voi olla joku kehominnan toiminnoista tai harjoitteen muoto tai sen vaikutus kehoon. Huomion keskittämisen kautta tulee liikeharjoituksesta tietoisien läsnäolon harjoitus. (Roxendal & Winberg 2002, 62.)

Tavoitteena BK:in harjoittamisessa on tulla tietoisemmaksi käyttäytymisestä, tavoista ja elämän hallinta- ja käsittelykeinoista. Harjoituksissa tulee keskittyä siihen, kuinka ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon ja kuinka keho vaikuttaa niihin. (Roxendal & Winberg 2002, 53.) Tavoitteena on myös yhdistää keho identiteettikokemukseen. Tämä sisältää kokonaisuudentunteen, olen kokonainen kehossani. Kun kokemuksen yhdistää lisääntyneeseen itsetuntemukseen, lisääntyy itseluottamus. Monet sanovat etteivät tarvitse enää oireitaan. Osatavoitteina harjoittelussa voidaan pitää lisääntyntä kehontietoisuutta: kykyä tuntea kehonsa paremmin, ymmärtää kehonsa signaaleja, tietoisuuden lisääntymistä kehonsa kyvyistä, rajansa ja oman tyyliensä tuntemista paremmin liikkeissä sekä parantunutta kehonhallintaa: oppia harmonisia ja tehokkaita liiketapoja, yhdistää hengitys ja liike sekä hallita lihasjännitystä. Näin lisääntyy usko omiin voimavaroihin. Alkutavoitteena kehontuntemusharjoittelussa on ilon löytäminen kehosta ja kehollisista aktiviteeteista. Harjoituksissa etsitään luonnollisia liiketapoja, reaktioita ja kykyjä. Harjoitukset ovat yksinkertaisia ja voivat tuntua aluksi hiukan oudoilta. (Roxendal 1987, 32–33, 77.)

Kehontietoisuus on edellytys sille, että henkilö voi kohdella itseään hyvin. Thornquist ja Bunkan ovat määritelleet kehontietoisuuden proprioseptiseksi tietoisuudeksi eli

kyvyksi rekisteröidä impulsseja lihasten ja nivelten reseptoreista. Huonojen liiketotumusten ja tarpeettomien liikkeiden ja jännitysten muuttamiseen tarvitaan ensin niiden tiedostaminen. Monissa liikuntamuodoissa kehontietoisuus on tärkeässä roolissa, kun mietitään nivelkulmia ja lihasryhmien jännittämistä. Kehontietoisuutta ei kuitenkaan tule kehittää muiden ominaisuuksien kustannuksella. Liikkeet voidaan suorittaa mekaanisesti oikein, mutta pitäisi muistaa ottaa keskittyminen ja tunne mukaan liikkeeseen. Tavoitteena on yhdistää se, mikä tuntuu hyvältä oikeaan määrään fyysistä rasitusta. (Thornquist & Bunkan 1991, 89–90.)

Pääasiallisesti BK:in teoria ja käytäntö perustuvat Jacques Dropsyn kirjoihin *Leva i sin kropp* ja *Den harmoniska kroppen* sekä hänen Tai chi chuanin kursseihin. Harjoitteilla pyritään vaikuttamaan yksilön kolmeen toimintajärjestelmään: lihasluurankojärjestelmään, kuten sensoriseen hallintajärjestelmään ja hengitykseen sekä sisäeritysprosesseihin. Hengityksen sisäinen hieronta voi stimuloida sisäeritysprosesseja. Lisäksi pyritään vaikuttamaan tietoisuuteen. Tämä ohjaava ja yhdistävä tekijä vaikuttaa molempiin edellä mainittuihin järjestelmiin. Koko tietoisuus tulisi keskittää siihen kuinka harjoitus etenee ja miltä se tuntuu. (Roxendal 1987, 77–78.)

Terapian hoitosuunnitelmaa tehdessä tulee analysoida kaksi pääaluetta. Tulee löytää mahdollisesti monien ongelmien joukosta se ongelma, jonka takia asiakas on hakeutunut hoitoon ja jota tullaan hoitamaan. Lisäksi analysoidaan potilaan voimavarat, jotka koostuvat potilaan sen hetkisistä kehollisista kyvyistä, motivaatiosta, fysioterapeutin pätevydestä ja panoksesta. Näiden perusteella tehdään hoitosuunnitelma, sopimus fysioterapeutin ja potilaan kesken. Siinä tulisi olla lyhyen ajan tavoite ja pitkänajan tavoite on hyvä asettaa, kun ensimmäiset vaikutukset hoidosta huomataan. Sovitaan mitä fysioterapeutti voi tarjota ja miten potilas voi avustaa omalla aktiivisuudellaan kuntoutusta. (Roxendal 1987, 69.)

Lukemalla ei opi kehontuntemuksen hoitomuotoja vaan oppiminen tapahtuu kehon kautta omien harjoittelukokemuksien myötä. Oppiminen on hidasta ja ymmärtääkseen, mitä kehontuntemusharjoittelu voi antaa, vaaditaan jatkuvaa harjoittelua pitkän ajan. (Roxendal 1987, 89.)

Klemola on perehtynyt tarkemmin kiinalaiseen liikuntaperinteeseen. Siihen liittyy monia samoja piirteitä kuin BK harjoitteluun. Klemolan mukaan kehontietoisuuden

herkistäminen vaatii mielen hiljentämistä ja aistien avaamista ulkoiselle ja sisäiselle ympäristölle. Tällöin voi kokea nykyhetken. Kehon sisätilan kuunteluun perustuvat liikuntamuodot kehittävät kehontietoisuutta ja niitä kuuluu paljon kiinalaiseen liikuntaperinteeseen, esimerkiksi taiji ja yi quan. Tietoa kehomme sisäisestä olotilasta välittää meille proprioseptiikka, johon kuuluvat tasapaino-, liike- ja asentoaisti. Tietoisen liikkeen avulla voimme avata kehontietoisuuttamme ja kokemuksemme muita ulottuvuuksia. Kun kuuntelemme kehomme aistimuksia, voimme huomata kehomme tunntuvan tunnottomalta tai tunnemme kipua jossain kohdassa kehoamme. Taijissa ja yi quanissa on tarkoituksena löytää erilainen maailma ja henkinen sisäisen väräilyksen kokemus. Tällaisia kokemuksia voi olla ihmisillä muusta liikunnasta tai vaikka saunan jälkeisestä olotilasta. Kokemuksen saavuttamiseksi meidän pitää olla avoimia kehomme sisäisille tuntemuksille ja hillitä mielemme toimintaa. Kun siirrämme keskittymistämme kehon tuntemusten alueelle, mielemme vaikennee ja ajatusten pääsy tietoisuuteemme heikkenee. Tätä periaatetta noudatetaan meditaatiossa, jossa keskittymistä voidaan helpottaa kuuntelemalla hengitysvaihtelua sisäkautta. Myös suurempia kehonliikkeitä sisältävissä harjoituksissa on oppilaan pyrittävä koko ajan olemaan nykyhetkessä tietoisena kaikesta, mitä tapahtuu juuri nyt. (Klemola 2002, 4-7.)

Bunkanin ja Thornquistin mukaan kaikenlainen hoito yhdistää tai erottaa kehoa ja tunteita, hoito voi edistää intimitteettiä tai välinpitämättömyyttä kehoonsa ja se voi edistää tai ehkäistä ihmisen kehitysprosessia. Kun teemme jotain ihmisen keholle, olemme samalla tekemisissä hänen tunteidensa ja kehonkuvansa kanssa. Teemme jotakin hänen havainnolleen itsestään ja identiteetin tunteelle. Psykomotorisen terapian juoni on kokemus kehosta ja kokemus kehon kautta. Tavoitteena on havaita ja tunnistaa paremmin kehon viestejä. Kaksi tärkeintä periaatetta on rakentaa keho alhaalta ylös, jaloista päähän, ankkuroituminen maahan on perustana vapaalle liikkeelle ja joka hoitokerta käsittää koko kehon. (Thornquist & Bunkan 1991, 72.)

Kehotyöskentely voi auttaa saamaan kiinni piilotetuista tunteista ja ilmaisemaan niitä. Tuntemisen lisäksi tunteita tulee käsitellä tiedollisesti. Kehotyöskentely voidaan jakaa vaiheisiin. Ensin tulee herättää tuntemus, jonka jälkeen se on tunnistettava ja jaettava ryhmälle. Sen jälkeen on tärkeää hyväksyä, että psyykkiset tekijät vaikuttavat tuntemuksiin ja on oltava valmius työskennellä ja ottaa vastuu itsestään. Harjoitusten myötä on tarkoitus oppia ymmärtämään sekä tutkia ajatusten, tunteiden, toiminnan ja oireiden yhteyksiä. Tuntemuksien ja oireiden yhteyttä omaan kehityshistoriaan tulee

myös pohtia. Lopulta korostuneen somatisaation tilalle pitäisi löytyä uusia ilmaisutapoja. Näitä ilmaisutapoja harjoitellaan erilaisia tekniikoita apuna käyttäen. Tällaisia tekniikoita ovat toiminnalliset ja draamalliset harjoitteet, naamiotyöskentely, piirretty kehokuva, mielikuvaharjoitukset ja syvät hengitysharjoitukset. Muita apuna käytettäviä keinoja ovat tieto tunteen ja kehon vuorovaikutuksesta, tuntuman hakeminen maahan ja ilmaiseva liikunta. (Miikkulainen 1999, 40–41.)

Kehontietoisuuden harjoittamisessa voidaan käyttää hyväksi ihmisen anatomisen rakenteen ja kehonosien toiminnan opettelemista. Voidaan tutkia luurankoa, joka toimii tukirankana, niveliä, jotka mahdollistavat liikkeen ja lihaksia, jotka suorittavat liikkeet ja liittyvät luihin ligamenteilla ja jänteillä. Oikein liikkueessa ei ihminen kärsi liiasta jännityksestä lihaksissa ja elintoiminnot toimivat moitteettomasti ja veri kiertää kaikkiin sitä vaativiin systeemeihin. (Bartal & Ne’eman 2001, 16, 18.)

Oikeassa kehon käytössä on tärkeää suhteet eri kehon osien välillä sekä niiden suhde keskilinjaan, koordinaatio koko kehon ja sen osien suhteen. Koordinaatio kehon ja ulkomaailman välille saavutetaan pitkälti näön avulla. Keho ehkäisee painovoiman vaikutusta monien liikekaavojen avulla. Liikekaavat voivat häiriintyä huonon kehonkäytön seurauksena. Tällöin keho tulee uudelleen kouluttaa oppimaan terveet liikekaavat. Tämä on helpointa aloittaa työskentelemällä maassa maaten tai istuen, jolloin painovoimalla ei ole niin suurta vaikutusta. Pitää oppia kuinka paljon lihastonusta tarvitaan liikkeeseen. Liika lihastonus kuluttaa energiaa ja liian vähäinen merkitsee tarmon puutetta. Lihaskäytön tasapainottaminen tapahtuu vapauttamalla liiallista jännitystä tai lisäämällä lihastonusta heikoissa lihaksissa. Selkärangan olisi hyvä olla pienessä pidennyksessä. Lisäksi pitäisi osata kuvitella kuva kehostaan ja kuvaila sitä. Pitäisi tuntea paine, paino, tasapaino, koordinaatio ja muoto, keho osissa sekä kokonaisena. Kehon tulisi olla valmis reagoimaan yllättävissä tilanteissa. Voimme pysäyttää liikkeen ja kääntää sen melkein välittömästi joka liikkeen osassa. Tämä saavutetaan vain suurella harjoittelumäärällä. Voimme vertailla esimerkiksi käsiämme toisiinsa, harjoitetun käden keveyttä tai raskautta verrattuna ei harjoitettuun ja tutkia keveyden tunnetta ja tietoisuutta kehosta liikuttaessa tilassa. Tietoisena oloa itsestään ja havainnointia pidetään tärkeämpänä kuin mekaanista liikkeen toistamista. (Bartal & Ne’eman 2001, 12–14.)

Osa BK:in harjoittelua on ääni, joka on kaikilla ihmisillä persoonallinen. Tiedostamattamme käytämme ääntämme haitallisoin tavoin. Voimme huutaa paljon tai puhua jännittämällä äänihuuliamme. Hengitys on äänen moottori ja se reagoi äänen voimakkuuteen ja korkeuteen. Kun pyrkii hengittämään tietoisesti ”oikein”, voi samalla häiritä vapaata fysiologista hengitystä. Kun tekee äänen hengittäessä ulos, voi hengitys selventyä. Hengitys tulee tehokkaammaksi ilman sen häirintää ja samalla äänen värähtely hieroo, värähtelevä hengitys vapauttaa kehon energiaa. Roxendal ja Winberg uskovat, että kun harjoitteilla saadaan hyötyä esimerkiksi epäsäännölliseen kuukautiskiertoon tai ummetukseen, tämä johtuu juuri hengityksen hierovasta vaikutuksesta. Ääniharjoitusten ensimmäisenä tavoitteena on havainnollistaa luonnollista hengitystä ja tehdä siitä tehokkaampaa sekä lisätä sisäelinten hierontaa. Toisena tavoitteena niillä pyritään havainnollistamaan äänen alkuperäistä luonnetta ja sen persoonallista ilmaisua. Se helpottuu jos fyysiset olosuhteet, kuten hyvä asento ja vapaus lihasjännityksistä, ovat optimaaliset. Dropsyn mukaan ääni lähtee keskustasta ja auttaa ratkaisemaan asennon ja jännittyneisyyden ongelmia. Kolmas tavoite harjoitteilla on yhdistää hengitys ja liike, osa ääniharjoitteista tehdään yhtäaikaaisesti liikeharjoitteiden kanssa. Ääni selventää hengitystä ja liikkeestä tulee tehokkaampi. Kun tekee äänensä kuuluvaksi, se antaa myös henkistä voimaa. Harjoituksissa voi kiinnittää huomion äänen eriluonteisiin, äänen sävyyn, äänen voimakkuuden tasaisuuteen ja vokaalien ilmaisun kirkkauteen. Kun ääni tulee keskustasta, se on kirkas ja täyteläinen. Ensin kannattaa tehdä harjoitteet hiljaisella äänellä, jottei äänestä tule jännittynyttä. Äänen tulisi olla uloshengityksessä suora ja tasainen ja sisäänhengitys on taas pehmeä laajentuminen. Ääniharjoituksesta tulee rytmisen aaltoliike. Alussa tulee harjoitella vokaalit, Å-A-E-I samassa uloshengityksessä. Sitten voi puhdistaa näiden vokaalien ääntämistä. Harjoittelun myötä voi olla varmempi äänen luonteesta. (Roxendal & Winberg 2002, 84–88; Dropsy 1988, 100–122; Dropsy 1975, 98–100.)

Liikkeen oppiminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: ymmärtämisvaiheeseen, jossa tiedostetaan mitä ollaan tekemässä, yhdistelyvaiheeseen, jossa selviää miten liike suoritetaan ja automaattiseen vaiheeseen, jolloin liikettä ei tarvitse enää tietoisesti käsitellä. Ennen kahden vuoden ikää hallitsevana aistina liikkeiden oppimisessa on asento- ja liikeaisti. Kahden vuoden iän jälkeen näköaisti muuttuu hallitsevaksi. Liikkeiden oppimisessa tärkeää on oikea ajoitus ja lihasten toimintajärjestys sekä nivelten liikkeiden yhteensopivuuden oppiminen. Liikettä suoritettaessa liikemuistiin jää kuva, miltä liike tuntui ja mitä sillä saavutettiin, tunne ja tulos vaikuttavat motivaatioon. Lisäksi vireys-

tila, keskittymiskyky ja mielentila ovat liikesuoritukseen vaikuttavia tekijöitä. Palkitseminen nopeuttaa oppimista. Liikeohjelmat rakentuvat aivojen eri osiin ja sensoriikka välittää tietoa liikkeen etenemisestä ja korjaa virhesuorituksia pikkuaivojen avulla. (Sandström 1998, 61–62.)

Taitojen oppimiseen vaadittavan kypsyyden hermosto saavuttaa puberteetin alkaessa ja taitojen oppiminen vaatii tervettä kehonkuvaa ja kehonkaavaa. Taito pohjautuu harjoitteluun ja tarkoittaa pitkälti liikkeen tehokkuutta. Harjoittelemalla tehokkuus lisääntyy ja elimistön suorituskyky paranee. Harjoittelussa tulee keskittyä suorittamaan liikkeitä, joissa suorituskyvyn toivotaan paranevan. Harjoittelun myötä tasapainon säätelyyn kuuluva energiamäärä pienenee, turhat lihasliikkeet vähenevät, liikkeet suuntautuvat oikein ja antagonistit toimivat vähemmän. Taidon kehittyminen on yhteydessä kinesteettisen aistin herkkyyteen, joka on ihmisillä hyvin erilainen. (Sandström 1998, 62–63.)

Klemola (2004) on listannut asioita, joiden kanssa voimme olla kosketuksissa fyysisten taitojen harjoittelussa. Lähtökohtana on liike, josta emme yleensä ole kovin tietoisia. Pyrimme lisäämään tietoisuutta liikkeestä esimerkiksi peilin avulla, objektikehon liikkeen avulla. Lisäksi pyrimme kuuntelemaan liikettä sisäkautta ja rytmittämään liikkeen ja hengityksen. Sen jälkeen haemme koko kehonlaajuista harmonista liikettä ja laajennamme kehontietoisuutta ympäristöön, kuten muihin ihmisiin, tietoisuuteen painovoimasta ja suhteeseen maasta. Lopuksi voimme tunnistaa elinvoiman itsessämme ja ympäristössämme sekä yhdistää liikkeeseen sisäisen ja ulkoisen kokemuksen. (Klemola 2004, 233–235.)

4.2 Ankkurointi

Kun makaa maassa, voi asettaa koko painonsa suoraan kohti alustaa. Kun istuu tai seisoo, paino suuntautuu alaspäin luotisuoran kautta. Paino on voimavirtaus, näkymätön liike, joka kohdistuu suoraan alaspäin. Sitä tasapainottaa ylöspäinsuuntautunut voima, joka mahdollistaa istuvan tai seisovan asennon. Paino suuntautuu alaspäin luotisuorassa, kun seisomme, se ei mene alas jalkojamme kautta. Jos paino suuntautuu alas jalkojen kautta, se joutuu kantapäille, tällöin asennon tasapaino on huono. Toiminnallinen luotisuora sijaitsee edempänä niin, että koko jalkapohja kantaa kehonpai-

noa. Tasapaino on tällöin turvallinen ja varma. Ankkurointi alustaan ei ole vain fyysinen. Psykkisellä tasolla se käsittelee antautumista, luottamista lattian kantovoimaan. Kun ankkurointi toimii, koetaan se fyysisenä turvallisuutena, joka heijastuu ihmisen henkiseen elämään. Ihmiset ovat kertoneet, että kun he tuntevat itsensä epävarmoiksi työssään he ovat asettautuneet vakaasti seisomaan ja etsineet ankkurointia, jonka jälkeen he ovat menneet takaisin vaikeaan tilanteeseen uudella itsevarmuudella. (Roxendal & Winberg 2002, 62–64.)

Hyvän asennon tuntomerkit ovat vakaus ja joustavuus. Siinä stabiloivat ja mobilisoivat voimat ovat positiivisessa vuorovaikutuksessa. Psykomotorisessa terapiassa harjoitellaan kontaktia alustaan maaten, seisten ja istuen. Tärkeää on hoidon alussa havaita reisilihaksessa jännityksen ja rentoutuneen lihaksen ero ja erottaa sen toiminta lantiosista ja lonkista. (Thornquist & Bunkan 1991, 82–83.)

Suhde alustaan on tärkeää. Lantiosta tulee olla tietoinen, koska se toimii linkkinä selkärangan ja jalkojen välillä ja myös kaikkien kehonosien kontaktia maahan tulee tarkastella. Rangan pidennys, tunne pään ja niskan vapautumisesta sekä kaikkien kehonosien painosta tulee olla tietoinen. (Bartal & Ne’eman 2001, 17–18.)

Kaikilla liikkeillä on lähtökohta, ja absoluuttinen lähtökohta on ankkurointi alustaan erilaisissa kehonasunnoissa. Turvallinen ankkurointi alaspäin on välttämätöntä ylöspäin suuntautuville liikkeille. Ankkurointi on edellytys ryhdille, tasapainolle ja harmoniselle lihasjännitykselle. Yleensä pieni kontakti alustaan yhdistyy sulkeutuneeseen asentoon ja lisääntyneeseen lihasjännitykseen, jalkaterät ovat yhdessä. Jalkaterät erillään tukipinta-ala on suurempi ja asento tasapainoisempi, avoin asento. Harjoituksissa kohdistetaan huomio alusta suhteeseen makuuasennossa käännösten ja rullausten avulla, istuessa takapuolen avulla sekä suhdetta alustaan tarkastellaan myös seistessä ja kävellessä. (Roxendal 1987, 78–80.)

4.3 Keskilinja

Pystyasento mahdollistaa käsien käytön muuhun kuin liikkumiseen. Evoluution myötä ihminen on kehittynyt siten, että seisoma asento tekee hänet ainutlaatuiseksi nisäkkäiden joukossa. Pystyasento mahdollistaa arkipäivän tarpeiden täyttämisen, kulttuurin ja

taiteen luomisen ja tunteiden ilmaisun. Aikuisella seisominen on automatisoitunut, mutta vauva joutuu ponnistelemaan pysyäkseen pystyssä. (Roxendal & Winberg 64–65.) Sandströmin mukaan kaikki perusliikkeet ja – asennot opitaan kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana, tällöin ei tasapaino ole vielä hallinnassa. Pystyasennon hallinta on tärkeä osa tasapainon hallintaa ja sitä säätelevät liikesarjat saavat ärsykeitä sisäkorvan kaarikäytävistä. Sisäkorvassa oleva tasapainoelin muodostuu kolmesta toisiaan vastaan olevasta kaarikäytävästä sekä pyöreästä ja soikeasta rakkulasta. Tasapainoelin välittää tietoa pään asennosta ja liikkeistä. Tiedon avulla keskushermosto säilyttää pystyasennon ja pystyy pitämään katseen kohteessa vaikka pää liikkuu. Lisäksi tasapainoa ohjaa näkö, joka voi korjata tasapainoelimistä tullutta virheellistä tietoa ja vaikka kaarikäytävät eivät toimisi, näön avulla voidaan säilyttää tasapaino. Näkö toimii tasapainon osalta tärkeimpänä aistina. Isot aivot arvioivat näkö- sekä tasapainoelimistä tulevan tiedon perusteella liikkeuko pää vai ympäristö. Tietoa kehon asennosta ja liiketilasta saapuu isoihin aivoihin myös kinesteettisten aistien välityksellä. Pikkuaivoille saapuu samat tiedot kuin isoihin aivoihin ja ne arvioivat onko kehon painopiste keskilinjalla vai siirtynyt siltä pois liikkeen tai asennon muutoksen vaikutuksesta. Tämän jälkeen isot ja pikkuaivot tuottavat aivorungon kautta tasapainoa korjaavat liikkeet. Pikkuaivot säätävät tonuksen sopivaksi tasapainoreaktioon. Nämä reaktiot kehittyvät ensimmäisten viiden vuoden aikana. Kuitenkin taitoon tarvittavaa tasapainoa hermosto pystyy ohjelmoimaan vasta puberteetin alkaessa. (Sanström 1998, 67–68, 70.)

Painovoimaa tasapainottaa ylöspäin suuntautuva asentoa ylläpitävä voima. Tämä voima ilmenee kehon keskustassa ja alaspäinsuuntautuvan voiman kanssa voimme kutsua näitä keskilinjaksi. Keskilinja alkaa lattiasta nilkkojen välistä ja jatkuu kehon läpi ylös päälakeen (Roxendal 1987, 81). Siinä asentoa ylläpitävä voima sekä painovoima ovat tasapainossa. Kehon keskellä sijaitsevat lihakset hengitykseen ja asennon ylläpitoon koostuvat suurilta osin lyhyistä lihassäikeistä, jotka jatkuvasti vuorottelevat kokoikäisessä ponnistelussa. Nämä lihakset eivät tuota suurta voimaa, mutta niillä on suuri kestävyys. Voimme seistä ja kävellä monta tuntia ennen kuin väsymme ja niiden avulla hengitämme läpi elämämme. Perifeeriset lihakset ovat suuria, niillä on pidemmät lihassäikeet kuin kehon keskustassa sijaitsevilla. Ne ovat voimakkaita, mutta niillä on rajallinen kestävyys. Hyvä ja tehokas asento vaatii rentoja lihaksia. Asento voi peilata ongelmia, normaalissa asennossa ilmenee tietty kaarevuus, pieni notko lanneselässä ja pieni köyry rintarangassa. Eroavaisuudet asennossa kuten kohtuuton mutka tai kuma-

rainen asento voivat aiheuttaa muutoksia keskilinjaan. Korostunut lannenotko ja suora rintaranka ovat poikkeuksia normaalista keskilinjasta. (Roxendal & Winberg 2002, 64–67.)

Taijissa ja yi guanissa kehon pystyasento on ensimmäinen osa kehontietoisuuden harjoittamisesta. Tämä tarkoittaa suhdettamme painovoimaan. Tietoisuus keskilinjasta tarkoittaa sitä, miten asetamme keskilinjamme suhteessa painovoimaa vastaan, kun painovoima antaa tuen tai kannattelee kehoamme. Tekstissä on kerrottu vertaus keskilinjaa koskien. Sen voi ajatella niin, että kehomme on palikoita, joita kasaamme ensimmäisen palikan, maapallon päälle. Kun olemme saaneet kehomme kasatuksi, asetamme kasan päälle taivaan, kannattelemme taivasta. Pystysuorassa asennossa tärkeää on rentous. Mitä suuremmissa kehomme on, sitä rennommin voimme olla. Oikea pystysuora rakenne takaa rentouden. Kun saavutamme rentouden, pääsemme koko kehon joustavaan liikkeeseen ja avaamaan kehon sisäisiä aisteja ja rauhoittamaan mieltä. Koemme elämän virran itsessämme ja olemme tietoisempia maailmasta. (Klemola 2002, 6; Klemola 2004, 188–189.)

Hyvässä seisoma-asennossa suora linja kulkee nilkan, lonkkanivelen ja olkanivelen kautta keskelle korvaa. Lihakset työskentelevät ehkäistäkseen painovoiman vaikutuksen. Siksi ihmisen tulee korjata asentonsa niin, että etäisyys eri kehon osien ja keskilinjan välillä on mahdollisimman pieni kuitenkin sallien selkärangan luonnolliset mutkat. Oikea asento ei ole staattinen. Lihasten aktiivisuudella luut pidetään oikeilla paikoillaan. Lihakset toimivat ryhmissä supistumalla ja rentoutumalla. Niiden on pysyttävä joustavina. Huonossa asennossa lihakset joutuvat tekemään luiden työn, tällöin energiaa kuluu liikaa ja lihakset eivät pysty tekemään niiden työtä, liikuttamaan kehoa tilassa. Neutraalissa asennossa seisomme jalkaterät eteenpäin lantion leveydellä ja kädet roikkuvat vapaasti kämmenet vastakkain. Selkä on pitkänä ilman jännitystä. (Bartal & Ne’eman 2001, 19–21.)

Jos alaspäin suuntautuva voima hallitsee asentoa, eroaa se keskilinjasta siten, että muun muassa yläselän kyfoosi suurenee, niskan lordoosi korostuu, hartiat painuvat eteen ja polvet koukistuvat. Tällöin tietyt lihasryhmät jännittyvät liikaa ja toiset vellostuvat. Huono asento voi johtaa huonoon tasapainoon. Jos ylöspäin suuntautuva voima hallitsee, on suhde alustaan jännittynyt. Ihminen ei anna painon kohdata alustaa.

Tämä aiheuttaa liian jännityksen kaikkialle perifeerisiin lihaksiin. Keskilinjan harjoitteet ovat usein samalla ankkuroinnin harjoitteita. (Roxendal 1987, 82–83.)

Monsenin (1992) mukaan pystyasento on toiminnaltaan staattinen, mutta ei liikkumaton. Ryhtiliikkeet tapahtuvat 6-8 kertaa minuutissa ja ne ovat tärkeitä hengitykselle ja verenkierrolle. Liian pieni ryhtiliikkeiden määrä viittaa liian kontrolloituun asentoon, ja jos liikkeitä on liian paljon, asento on epävaka. Äärimmäistä puolustusta kuvaa koukistusasento, jossa muun muassa koukistajalihakset, erityisesti vatsalihakset ovat supistuneet, yläraajat ovat loitonnettu ja kierretty sisään, sormet ovat koukussa ja hengitystä pidätetään. Pelko tai ahdistus voi aiheuttaa tällaisen asennon. Ojennusasennolle on ominaista kehon ojentajalihaksien kireys, etenkin selkälihaksissa, myös rinnan ja niskan luonnolliset mutkat ovat ojentuneet. Tässä asennossa henkilö on jäykempi kuin koukistusasennossa. Kolmas asennon perustyyppi on veltto, henkilö roikkuu nivelsiteillään, myös tätä voidaan pitää koukistusasentona, mutta veltona sellaisena. (Monsen 1992, 24–25.)

4.4 Liikekeskus

Kaikella on keskusta, myös epäsäännöllisillä kuvioilla ja muodoilla. Kehon painopiste on vatsassa, heti navan alapuolella, mutta liikekeskus on ylempänä solarplexuksen tasolla, solarplexus on hermokeskus ylävatsassa, pallean edessä, noin L1 nikaman tasossa. Erilaiset liikekoulut ja -suuntaukset sijoittavat kehon keskustan eri osiin kehoa. (Roxendal & Winberg 2002, 68.)

Dropsyn mukaan kehon ylä- ja alaosa ankkuroituvat samaan keskukseen. Alaosa koostuu jaloista ja alakehosta, pallea kattona. Se on ihmisen energiaosa. Siellä on voimaa siirtyä suurien jalkojen ja lonkkien lihasten ja nivelten avulla. Vartalon alaosassa on elimiä, jotka huolehtivat aineenvaihdunnasta ja nämä elintoiminnot ovat tiedostamattomia. Yläosa koostuu vartalon yläosasta, käsistä ja päästä. Siellä on keuhkot, sydän ja elimet tietoiseen elämään. Aivoilla ja hermostolla on määräävä asema tiedostamattomiin elintoimintoihin ja liikkeisiin ja tietoihin kehon käyttötappoihin. Nivelet ja lihakset kehon alaosassa ovat sopivia suuriin voiman ja tasapainon vaatimuksiin. Yläosa sopii monimutkaisempiin liikkeisiin. Tunteiden ilmaisu ja kommunikatio tapahtuu pitkälti kasvoilla ja käsillä kuten myös luovuus, musiikki ja

maalaukset. Nämä molemmat kehon osat ankkuroituvat samaan pisteeseen pallean kärjen kiinnityskohtaan selkään. Tätä aluetta kuvataan keskusalueeksi, jossa yhdistävät voimat ovat hengitys ja sydämen rytmisen toiminta. Yläkeho, tietoinen elämä ja alakeho, tiedostamaton, kohtaavat keskusalueella. Ylös- ja alassuuntautuvat voimat tasapainottuvat keskustassa. Keskustasta lähtee kolme suurta liikekoordinaattia. Ensimmäinen on kääntyminen keskilinjan ympäri. Toinen on kääntyminen-vastakääntyminen, joka tulee havainnolliseksi kävelyssä. Kolmas koordinaatti on koukista-hidasta, joka avaa ja sulkee kehon keskustaa, uloshengityksessä tehtäessä mmm-ääni vetää kokoon kohti keskustaa. (Roxendal & Winberg 2002, 68–70; Dropsy 1988, 69–70, 143–144.)

Suurin osa liikkeistä suoritetaan keskustasta, liikkeet keskitetään. Silloin tarvitaan vain vähän apua perifeerisilta lihaksilta. Mitä enemmän harjoittaa liikkeitä keskustasta sitä tehokkaammiksi ne tulevat ja sitä vähemmän energiaa vaaditaan. Liikekeskus voi olla myös kokemuksiemme keskus kehossamme. Jos kehominä on minuuden keskus, niin liikekeskus on kehominän keskus. Sieltä voimme katsella kaikkea, kehon olotilaa, tunteita, ajatuksia ja havainnoida mitä tapahtuu ympärillämme. Dropsyn mukaan kun on keskittynyt, on läsnä oleva keskustassaan ja samanaikaisesti vastaanottavainen ja avoin tapahtumille ympäristössä. Keskitys liikkeissä voi häiriytyä monella tavalla. Liikkeet voi aloittaa perifeerisesti tai käyttää tarpeetonta voimaa käsivarsissa tai hartioissa. Se voi johtaa hartioiden jännittymiseen ja niskakipuun. Jos näin käy, on liike ensin jaettava siten, että kädet ja jalat liikkuvat erikseen ilman keskinäistä yhteyttä. (Roxendal & Winberg 2002, 70–71; Dropsy 1975, 107–109.)

Kehon liikekeskukselle tärkeitä lihaksia ovat pallea (diafragma) ja poikittainen vatsalihas (obliquer), iliopsoaksen ylemmät osat ja latissimus dorsin alaosat. Liikkeet, jotka alkavat liikekeskuksesta on helpompi yhdistää hengitykseen. Tällöin niistä tulee harmonisia ja rentoja. Harjoitukset, jotka valaisevat liikekeskuksen toimintaa, kokemusta liikekeskuksesta sekä sieltä alkavista liikkeistä kohtaavat vatsassa ja venytysharjoituksissa ja harjoitukset yhdistetään hengitykseen ja usein myös ääneen. (Roxendal 1987, 84.)

4.5 Hengitys

Usein emme laita merkille sitä, miten hengitämme. Koska elintoiminnot ovat osaksi tiedostamattomia ja automaattisia olemme oppineet olemaan huomioimatta niitä.

Emme ole oppineet tunnistamaan kehomme signaaleja, ehkä ajan puutteen takia tai siksi, että ruumiillisia tarpeita ei pidetä niin suuressa arvossa. Hengityksen kemikaalinen toiminta tunnetaan hyvin, happea tuodaan kehon palamisreaktioihin ja hiilidioksidia viedään pois. Hengitys antaa perusrhythmin motorisille toiminnoille, samoin kuin sydämen syke toimii rytminä tiedostamattomille elintoiminnoille. (Roxendal & Winberg 2002, 72.)

Pallea on tärkein hengityслиhas. Se sijaitsee välittömästi keuhkojen alapuolella ja erottaa rinta- ja vatsaontelon toisistaan. Pallea toimii siis lattiana keuhkoille ja hengitykselle ja kattona vatsaontelolle. (Roxendal & Winberg 2002, 73). Pallea toimii automaattisesti, autonomisen hermoston ohjaamana, mutta myös tahdonalaisesti sen toimintaan voidaan vaikuttaa. Kun hengitämme sisään, pallea supistuu alaspäin, tällöin sisäelimet työntyvät hiukan vatsaonteloon päin ja vatsa pullistuu, keuhkoissa syntyy negatiivinen paine. Paineen avulla täyttyvät keuhkojen alaosat. Sen jälkeen täyttyy keuhkojen keskiosa pallean ja kylkilivilihasten vaikutuksesta, kun rintakehä laajenee. Lopuksi täyttyy keuhkojen ylin osa. Näin siis tapahtuu kun hengittää oikein, kaikki keuhkojen osat täyttyvät. Katajan mukaan uloshengitys on passiivinen eli pallea palautuu lepoasentoonsa ja vatsa supistuu ennalleen, tällöin ilma työntyy ulos keuhkoista. Voimakkaammassa uloshengityksessä esimerkiksi hengästyessämme rasituksessa liikettä voivat auttaa sisimmät kylkilihakset ja vatsalihakset, nämä lihakset ovat tahdonalaisia. Roxendalin ja Winbergin teoksessa todetaan, että puhuminen ja laulamminen ja muut aktiiviset teot tapahtuvat uloshengityksen aikana. Painonnostajakin karjuu uloshengityksen aikana noston raskaimmassa osassa. (Kataja 2003, 54–55.) (Roxendal & Winberg 2002, 72–73.) Energia ei voi virrata vapaasti kehossa, jos hengitys ei kulje vapaasti. Toisaalta myöskään hyvin suoritettua liikettä ei pitäisi häiritä hengitystä. (Bartal & Ne'eman 2001, 40.)

Hengityksen aaltoliike voi levitä koko kehoon, palleasta vatsalihasten yhteistyön kautta lantionpohjaan ja ylös kaulan pikkulihaksiin. Kun vapaan hengityksen aaltoliike laajenee alas vatsaan, se antaa kevyttä hierontaa sisäelimille. Hengitys on hyvin auto-

maattista, hengitämme syvässä unessa ja tajuttominakin. (Roxendal & Winberg 2002, 72–73.)

Kun hengitys on syvää, rauhallista ja rytmikästä se voi auttaa meitä keskittymään sekä rauhoittumaan. Jos ihminen on stressaantunut hän hengittää pinnallisesti, nopeasti ja katkonaisesti. Huonon hengityksen huomaa siitä, että sen rytmi on nopea ja siinä käytetään vain rintakehän yläosaa, vatsa ei laajene sisäänhengityksen aikana. (Kataja 2003, 54.)

Jos hengitämme vain keuhkojen yläosalla, käytämme noin puoli litraa ilmaa. Palleahengityksessä ilmaa menee keuhkoihin 1,5 litraa. Hyvällä hengityksellä, joka ymmärretään palleahengitykseksi, on monia etuja, se vähentää kylkivälihasten turhaa työtä, aivot ja lihakset saavat riittävästi happea, se aktivoi parasympaattista hermostoa, estää hyperventilaatiota sekä rauhoittaa. Hyperventilaatio tarkoittaa sitä, että uloshengityksessä poistuu liikaa hiilidioksidia suhteessa verenkierron hapen määrään. Oireina ilmenee huimausta, sykkeen nousua, päänsärkyä ja muita oireita. Ajan myötä kehittyneen lievän hyperventilaation, stressin ja huonon ryhdin yhdistelmä näkyy hengityksessä hermosolujen emäksisyyden lisääntymisenä, josta voi seurata hermostuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Hiilidioksidin määrä veressä pienenee, joka johtaa valo- ja kuuloärsykkeiden tuntumiseen voimakkaammilta sekä sykkeen kiihtymiseen. Huimaus sekä mahdollinen ajan ja paikan hämärtyminen puolestaan johtuu aivoverisuonten supistumisesta. Oiretta hoidetaan hengittämällä paperipussiin, jolloin hiilidioksidien ja hapen tasapaino palautuu. (Kataja 2003, 55–56.)

Hengityksellä on suuri psyykinen merkitys. Hengityskeskukseen, joka sijaitsee ydinjatkeessa, vaikuttavat sekä hormonit että neuraalinen säätely, ja hengitys on tiiviissä yhteydessä autonomiseen hermostoon. Ennen liikuntasuoritusta ja sen aikana hengitys tehostuu ja rentoutuessa hengitys tasaantuu aivokuorelta lähteviä käskyjä noudattaen. Aivoissa sisään- ja uloshengitystä säätelevät eri keskukset, joten suggestiokäskytkin ovat erilaisia, sisäänhengitys koetaan lataavana ja virkistävänä, ja uloshengitys syventävänä ja vapauttavana. Hengityksen avulla voidaan harjoittaa tunteiden ja psyykkisten reaktioiden kontrollointia. Tunteet näkyvät usein hengityksessä ja niitä käsitellään sen avulla. Hengityksen avulla voi tasapainottaa tunnereaktioita. Käytännössä hengittäessä pitää muistaa, että kun hengittää sisään vatsan tulee kohota ja hartioiden pysyä paikoillaan tai laskea, ja uloshengittäessä tulee huolehtia, että keuhkot tyhjenevät

kaikesta käytetystä ilmasta. Hengityksen tulee tapahtua luonnollisesti, itsestään. (Kattaja 2003, 56–57.)

Hengitys vaikuttaa tunteisiin, sitä pidätetään kun ollaan peloissaan ja vihaisena se voimistuu. Usein toistuvat tai voimakkaat tunteet voivat näkyä hengitystavassa pitkään, jopa koko elämän. Voimme ohjata hengitystä myös tietoisesti, voimme pidättää sitä, huokailla, ähkiä tai hengittää syvään. Hengitys on tietoisuuden ja tiedostamattomien toimintojen yhdistäjä. Sillä on kosketus syvälle tiedostamattomaan alitajuntaan ja samanaikaisesti ihminen voi ohjata ja havainnoida hengitystään. (Roxendal & Winberg 2002, 73–74.)

Roxendalin ja Winbergin harjoitukset alkavat siten, että ihminen vain havainnoi hengitystään eikä pyri vaikuttamaan siihen. Ihminen voi tehdä ä- tai m-ääniä uloshengityksessä, jotta hengityksestä tulee konkreettista, kuitenkin niin ettei hengityksestä tule jännittynyttä. Sen jälkeen ihminen voi yhdistää hengityksen muihin harjoitteisiin. Integrointia voi harjoittaa monin eri tavoin, voi ryhtyä tekemään liikettä, nostaa kädet eteenpäin ja laskea. Hetken kuluttua ihminen lisää hengityksen ja yhdistää liikkeen siihen, hengittää sisään kun nostaa kädet ja ulos kun laskee ne. Harjoituksen voi tehdä myös niin, että seisoo hiljaa ja kuuntelee hengitystään ja lisää hetken kuluttua liikkeen. (Roxendal & Winberg 2002, 74.)

Myös tajissa ja yi quanissa ajatellaan, että hengitysliike on yksi elinvoiman ilmene-
mismuoto meissä. Kun hengityksemme on vapaa, koemme herkemmin kehomme sisäisen värähtelyn. Hengitys pinnallistuu jos meillä on lihasjännityksiä ja asentomme on huono. Oikeassa suorassa rakenteessa pallea pystyy liikkumaan vapaasti ja rintakehä rentoutuu. Varsinkin naisille vatsanseudun rentouttaminen on kulttuurimme ja kauneusihanteidemme vuoksi vaikeaa. Hengitys on pinnallista kun sisäänhengitettäessä rintakehä nousee, mutta vatsa on jännityksessä liikkumattomana. (Klemola 2002, 8-9; Klemola 2004, 222–223.)

Psykomotorisessa terapiassa hengityksen ja tunteiden välinen suhde on keskeinen. Hoito perustuu tietoon, että tunteet vaikuttavat hengitykseen ja hengitys kokemuksiimme. Tunteiden sisällään pitäminen vaatii usein hengityksen pidättämistä. Kun tunnemme olomme turvattomaksi, hengitys on pinnallista ja nopeaa, ja kun olemme tyytyväisiä, hengitys on vapaata ja vaatii vähän lihasaktiiviteettia. Alitajuisesti emme

usein hyväksy tunteitamme. Jos ihminen pidättää ja kontrolloi hengitystään hän pitää tunteensa poissa tietoisuudestaan. Kontrollointi ei aina ole negatiivista. Se ei kuitenkaan saa olla kokoaikaista. Henkilön tulisi sopeuttaa hengityksensä eri tilanteisiin sopiviksi. Hengityksen spontaanisuus ja sopeutuvuus ovatkin tärkeimmät kriteerit hyvään hengitykseen psykomotorisessa terapiassa. Thornquist ja Bunkan pitävät hengityksen kieltä luotettavampana ja yksiselitteisempänä kuin mitään muuta kehon toimintaa, sitä pitää kuitenkin tulkita henkilön taustan ja tilanteen mukaan. (Thornquist & Bunkan 1991, 24–26, 33, 34.)

Myös hengitys ja lihasjännitys kulkevat käsi kädessä. Hengitys ja lihasreaktiot tapahtuvat samanaikaisesti. Lihasjännitykset kehossa estävät vapaata hengitystä ja taas rentoutuminen edistää hengityksen vapautumista. Vapaassa kehossa koko kehon venyttäminen sisältää liikkeen sormenpäistä varpasiin ja vapauttaa haukotuksen. Vapaat ja pakottamattomat venytysimpulssit stimuloivat hengitys- ja haukotustoimintaa ja toisaalta hengitys ja haukottelu vapauttavat venytysimpulseja. Vapaa hengitys ja vapaa venytys kulkevat käsi kädessä. Hengitys liikkeen tulisi levitä aaltoliikkeen lailla rintakehään. Terapeutti tukee venytystä passiivisten ja aktiivisten venytysliikkeiden kautta. Venytysliikkeet tarvitsevat vähän lihasaktiiviteettia, ne tehdään keskittyen ja ei väkisin. Hengitystä estäviä lihasryhmiä sanotaan olevan kyynärvarren, jalkojen takaosien lihakset sekä kyynärpään ja sormien fleksorit. Myös kasvojen lihasten supistamisella, venyttämällä ja rentouttamisella katsotaan olevan hengitystä vapauttava ja koko kehon venytystä lisäävä vaikutus. Vapaita venytysliikkeitä ei tulisi sekoittaa aktiiviseen ekstensioon ja niissä kehossa tulisi näkyä abduktiota ja ulkokiertoja. Suoristuminen tulisi tapahtua enemmän hengityksen kuin lihasaktiivisuuden avulla. Vapaissa venytyksissä tulisi luopua jännityksestä, joka tuottaa fleksiota, adduktiota ja sisäkiertoja ja hengitys tulisi uskaltaa vapauttaa. Hoidossa tulee miettiä, kuinka paljon hengityksen vapautumista ja lihasjännityksen vähenemistä potilas kestää ja kuinka paljon vapaata venytystä voi harjoittaa, koska terapiassa olemme kosketuksissa suljetuihin muistoihin, menetyksiin ja kaipuuseen. Hoidossa ei saa pakottaa kehitysprosesseja eteenpäin, jos potilaalla ei ole siihen voimavaroja. (Thornquist & Bunkan 1991, 26–30, 78–79.)

4.6 Virtaus

Ankkurointi, hengitys ja virtaus täyttävät ihmisen energialla, elävällä elämällä. Harmoninen yhteistyö painovoiman ja asentovoiman välillä antaa turvallisen ankkuroinnin alaspäin ja vapaan ja rennon asennon ylöspäin. Asento ja tasapaino ovat automaattisia niin, että huomion voi kiinnittää liikkeeseen tai toimintaan. Keskilinja on näkymätön, mutta se ilmenee liikkeissä ja liikkeet ilmenevät siinä. Voimavirtaus keskilinjassa on ainainen näkymätön liike. Kun ihminen oivaltaa harjoituksen ulkoisen muodon, täyttää hän sen sisällöllä. Hän etsii sulavaa laatua liikkeeseen. Liikkeet, jossa on virtaus mukana tulevat pehmeiksi kuin liikkeet vedessä. Jos liikkeissä ei ole virtausta ne ovat kulmikkaita, äkillisiä ja tehottomia. On tavallista, että ihminen tukkii virtauksen jollain tavoin. Molemmat, ylös- ja alassuuntautuva voima, voivat estyä eri tasoilla kehossa. Estymisen voivat aiheuttaa jännittyneet polvet, lukitut lonkat, ylikorostuneet tai pienentyneet selkärangan mutkat, rasittuneet hartiat tai jännittynyt niska. (Roxendal & Winberg 2002, 75–76.)

Roxendal ja Winberg (2002) kertovat, että länsimaisessa kulttuurissa ollaan kiinnostuneita jännittyneistä lihaksista ja käytössä on monia rentoutusmetodeita. Tämä edellyttää, että lihakset ovat jollain tavoin rasittuneita ja lukkiutuneita. Silloin spesifit lihasrentoutusharjoitteet voivat olla hyväksi. Lihaksissa on luonnollinen perustonus. Tarvitsemme sitä pysyäksemme pystyasennossa ja ilman sitä emme pystyisi istumaan tai seisomaan. Tarvitsemme sitä saadaksemme käyttöömmä meidän energiamme ja liikkeemme. Sandströmin mukaan edellytyksenä liikkeelle on riittävän pieni tonus, jotta liike voi toteutua ja toisaalta tonuksen on oltava riittävä asennon ylläpitämiseen. Tonusta sanotaan lihaksen passiiviseksi jänteudeksi. Hereillä ollessamme aivoverkosto herkistää liikehermosolut venytysrefleksiä varten. Painovoiman vaikuttaessa lihaksiin syntyy venytys, joka ärsyttää lihassukkuloita. Ne lähettävät liikehermosoluille toimintakäskyn, joka tuottaa vähäisen lihassupistuksen. Supistus lyhentää lihasta sen verran, että sukkuloiden venyminen lakkaa. Tämä toistuu koko ajan. Asentoon ja liikkeeseen tarvittava tonus säätyy tyvitumakkeista ja isoista aivoista, jotka vastaanottavat tietoa nivelistä ja lihaksista ja arvioivat miten venytysrefleksiä tulee muuttaa. Käsky venytysrefleksin käynnistymisestä voi lähteä myös suoraan aivoista. Asentoaistimusta välittävät lihassukkulat ja niveliltä peittävän ihon painereseptorit. (Sanström 1998, 66–67; Roxendal & Winberg 2002, 76–77.)

BK:ssa nähdään lihasjännitykset osana kokonaisuutta. Terveellä ihmisellä kehon jännitystaso muuttuu sen mukaan millaisessa tilanteessa hän on. Siksi emme keskity huomioltamme suoraan lihasten jännittyneisyysasteeseen. Häiritsevät jännitykset johtuvat usein ongelmista monissa keuhominän toiminnoissa sekä useilla olemassaolon tasoilla. Häiriintynyt lihastasapaino voi muuttua harjoittelun myötä. Kun harjoittelee ja löytää keskilinjansa, keskustansa ja hengityksensä on mahdollisuus virtaukseen ja lihasjännitysten katoamiseen, liikkeen dynaamisuuteen ja harmoniaan. Vapaa virtaus kehossa saa aikaan rytmin ja edesauttaa vapaata hengitystä. Hengityksestä tulee liikkeen moottori ja sisäinen rytmi liikuttaa meitä. Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen rytmi, perusrytmi, enemmän tai vähemmän vapaa ja havaittava. Oma rytmi kannustaa harjoitteissa. Kun vain seisoo ja kääntyy puolelta toiselle, hetken ajan voi havaita liikkeessä oman rytmin. Harjoituksia tekemällä löytyy rytmi, joka on yksilöllinen. Kun luonnollinen rytmi on opittu ja se on peittämatön ja avoin, sillä voi alkaa leikittelemään. Voi nostaa hieman vauhtia ja lisätä voimaa liikkeeseen tai voi hiljentää vauhtia, antaa liikkeen tulla rennommaksi ja sulavaksi, säilyttäen molemmissa tasaisen rytmin. Vähitellen tulee mahdolliseksi sovittaa liikkeeseen muita rytmejä kuten tanssia ja musiikin rytmiä. Lisääntynyt tanssimiskyky ja ulkoisen rytmin seuraaminen kehittyvät ajan myötä harjoitettaessa BK:ia. Liikkeen virtausta voi harjoitella aluksi kuuntelemalla ja tunnustelemalla hengitystä. (Roxendal & Winberg 2002, 77.)

Taijissa ja yi quanissa ajatellaan, että kun yksi osa kehosta liikkuu, jokainen osa on liikkeessä. Tällä periaatteella harjoiteltaessa keho alkaa sulaa ja pehmetä. Liikkumisen laatu muuttuu sekä kokemuksemme liikkeestä muuttuu. Tällaisen liikkeen oppimisprosessi synnyttää kehontietoisuutta. Samalla kun herkistymme sisäisten aistien suuntaan, voimme herkistyä ulkoisille aisteille, aistimaan ilmanvastuksen.

Kehontietoisuudessa voi avautua uusia alueita kuten tietoisuus suhteestamme maahan. Haemme vastavoimia maasta liikkeillemme, niistä tulee voimakkaita ja asennostamme tukeva. Kehontietoisuuden lisääntyessä voimme löytää kipuja kehon osista, joista olemme kivut sulkeneet. Kiinalaisten perinteiden mukaan kipu on kohdattava, sille on antauduttava ja se on tunnettava. Kun toimii näin, kipu sulaa pois vähitellen ja kehon kivulias alue herää henkiin. (Klemola 2002, 7-8.)

4.7 Tietoinen läsnäolo

Käsitettä tietoinen läsnäolo käytetään monissa identiteettiä vahvistavissa työmuodoissa. Tietoinen läsnäolo on edellytys sille, että harjoittelu tulee saavuttamaan koko ihmisen. Harjoitellessa tietoisesti läsnä täytyy omaksua tarkkaileva asenne. BK:lla on se ero verrattuna muihin tarjolla oleviin työmuotoihin, että siinä ei pyritä tuntemaan kehoa tietynlaiseksi kuten autogeenisessä harjoittelussa, jossa itesuggestioiden avulla saavutetaan rentoutuneempi olotila eikä siinä yritetä ajatuksen avulla häivyttää lihaskäynnityksiä vaan siinä pyritään paikallistamaan, missä kehon osassa tuntuu esimerkiksi painon tunne. Ensin tehdään harjoite, jonka jälkeen mietitään miltä se tuntui. Se lisää rentoutumista ja mahdollisesti lämmön tunnetta. Havainnoidaan ja koetaan. Havainnoiminen ilman asiaan puuttumista ei ole aina helppoa. Me emme ole tottuneet ottamaan itseämme tosissaan. Se ei ehkä kuulu meidän kasvuumme, että antaisimme reaktioillemme arvoa. Ei ole myöskään helppoa olla huomiokykyinen. On tavallista, että tulee tarkkaamattomaksi ympäristöään, ajatuksiaan tai tunteitaan kohtaan. Silloin voi ajatella tietoisuuden sisältöä, ajatuksia, tunteita, ne kertovat sinulle omasta mielestäsi harjoituksen aikana. Sitä kutsutaan kokonaisena pysymiseksi, tai kokonaiseksi tulemiseksi, jos huomio on harhautunut hetkeksi. Tarvitaan harjoittelua, jotta ei rasitu, tällöin kehittyy itsestään selvä kyky keskittymiseen ja läsnäoloon. (Roxendal & Winberg 2002, 80–82.)

Tietoinen läsnäolo on kokonaisvaltainen toiminto. Kokonaisuuden vastakohta on sirpaloituminen. Kokonaisuus saa palaset kohdalleen mutta se ei hallitse. Palaset eivät valtaa identiteettikokemusta. Pitäisi ymmärtää, että olen jännittyneiden lihaksieni ja kipujeni kanssa kokonaisuus, mutta en ole itse kivut ja jännitykset. Jos kokee olevansa itse kivut ja jännitykset, on sirpaloitunut. Tietoinen läsnäolo on eksistentiaalisen tason toimintaa, mutta siihen kuuluvat kaikki neljä olemassaolon muotoa. Havainnoiva asenne rekisteröi ajatukset, tunteet ja kehon olosuhteet. Siten fyysiset olosuhteet ja henkiset ilmiöt ovat samassa huomaavaisuudessa. Silloin ei tuota todella voimakkaita tunteita tai kipuja ja voi ottaa tulevan vastaan ja hyväksyä sen, mutta säilyttää kontrollin tilanteessa. Tietoista läsnäoloa harjoitettaessa ihmiset ovat usein saaneet kontaktin omaan tahtoon. Kun minuus on tullut todelliseksi, on oma tahto tullut mahdolliseksi. (Roxendal & Winberg 2002, 82–83.)

4.8 Kosketus

Kosketusta ja hierontaa on käytetty paljon fysioterapiassa, ja niillä on todettu olevan rauhoittava ja rentouttava vaikutus. Hieronta ja kosketus vapauttavat oksitosiinihormonia, joka edistää hyvän olon ja rentoutumisen tunnetta. Kosketus voi juuri oksitosiinin vaikutuksesta lievittää esimerkiksi fibromyalgiaoireita, masennusta ja stressipohjaisia sairauksia. Hieronta voi lisäksi synnyttää hyväksymisen ja läheisyyden tunteita ja edistää omien rajojen tunnistamista. Näin kuntoutuja voi oppia tunnistamaan lihasten jännittyneisyyden ja rentouden. (Talvitie ym. 2006, 280–281.)

Kosketus on taktiilisen ärsykkeen antamista ja vastaanottamista ja siihen liittyy symbolinen ja konkreettinen merkitys. Kosketus on fyysinen kontakti, mutta siihen liittyy myös kunnioitus kehoa kohtaan ja sukupuoli sekä sosiaalinen status vaikuttavat sen käyttöön. Kosketus on kaksisuuntaista viestintää ja viestin välittäjänä toimii ihon tuntoaisti. Hoitotyössä hoitajan tietoinen itsensä käyttäminen sisältää fyysisen kosketuksen aistimisen lisäksi terapeutin yhteyden, joka voi synnyttää toivoa potilaassa. Hoitajilla ja hierojilla on ainutlaatuinen lupa koskettaa potilasta. (Jakonen 2004, 38–39.)

Kosketusta pidetään vuorovaikutuksen voimakkaimpana muotona. Siihen liittyy paljon erilaisia sääntöjä ja Suomessa säännöt ovat tiukempia kuin monissa muissa maissa, tunteimatonta tai suhteellisen vierasta ei saa koskettaa melkein missään tilanteessa. Jos koskettaminen on kuitenkin jollain tavoin pakollista, esimerkiksi jos halutaan herättää toisen huomio, mahdollisia kosketusalueita ovat hartiat, käsivarret ja yläselkä. Näitä alueita ei pidetä intiimeinä. Jos halutaan koskea päähän, kasvoihin, kaulaan, kämmeniin, vartalon etupuolelle, alaselkään, pakaroihin tai jalkoihin kosketukseen tarvitaan lupa. Kosketus on edellytyksenä lapsen turvallisuudentunteen kehittymiselle sekä lähetökohta oppimiskyvyn kehittymiselle. Keskosilla on kuitenkin niin kehittymätön hermosto, että liiallinen ärsykemäärä voi saada keskosen stressaantumaan. (Svennevig 2005, 46–47.)

Kosketus on tärkeä osa hoitotyötä, sen avulla voidaan viestiä monin eri tavoin. Kosketuksen avulla voidaan tuottaa hyvää oloa sekä potilaalle että hoitajalle, se lisää turvallisuutta ja luottamusta sekä rauhoittaa. Kosketus koetaan tärkeäksi niin surun kuin ilon

hetkinä ja sillä pystyy tehostamaan sanallisen viestin ymmärtämistä. (Svennevig 2003, 27.)

Kosketustapa ja potilaan kokemus kosketuksesta vaikuttavat hoidon laatuun ja tuloksiin. Psykiatrissa tai muitakin potilaita ajatellen kosketuksella voidaan palauttaa ihminen todellisuuteen, ilmaista lohduttamista, turvallisuutta, empatiaa ja välittämistä. Kuitenkin kosketus voi välittää myös hylkäämistä, välinpitämättömyyttä ja torjumista. Kosketuksen kokemiseen vaikuttavat myös hoitajan mieliala, väsymys ja kiire, elämäkokemus, työskentelyilmapiiri, persoonallisuus, hoitosuhde ja potilaan tilanne ja ongelmat. LeMayn ja Redfernin erilaisilla sairaalaosastoilla sekä vanhainkodissa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 1989 selvisi että yli 40-vuotiaat hoitajat koskettivat potilaita enemmän kuin nuoret, ja että kosketus lisäsi verbaalista vuorovaikutusta, tiedottamista ja läheisyyttä ja auttoi näin orientoitumaan ja vähensi hämmennystä. (Jakonen 2004, 39–41.)

Kosketus on sidonnainen kulttuuriin, ajattelutapoihin ja kokemuksiin. Monet aikuiset eivät ole tottuneet kosketukseen, mutta ihmiset eivät koskaan kasva erilleen sen tarpeesta. Kosketus voidaan mieltää myös viestiksi, se on ensimmäinen viestintämuoto jonka ihminen oppii, perusturva koko elämän ajaksi. Muiden aistien heikentyessä ikääntyneihin saadaan vahvempi yhteys koskettamalla. Kosketus hoitomuotona liittyy Roxendalin kehoterapiaan, manuaaliseen ohjaamiseen, psykomotoriseen fysioterapiaan ja psykodynaamiseen terapiaan, fysioterapiassa käytettyjä tekniikoita mainitakseni. (Jakonen 2004, 43–45.)

Jakosen (2004) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että hierontahoito tuottaa mielenterveysongelmista kärsiville kokonaisvaltaista hyvää oloa ja psyykkisen hyvän olon kokemukset painoutuivat. Kokemuksissa kosketuksen merkitys oli tärkeä. Kosketus koettiin kipua, särkyä ja jännityksiä poistavana ja helpottavana. Tuloksien perusteella selvisi, että hieronnan avulla voidaan poistaa kosketukseen liittyviä tabuja, tarjota myönteistä kosketusta ja että, kosketus on hyvä tapa kertoa psykiatriselle potilaalle välittämisestä kun hän tuntee olonsa turvattomaksi ja masentuneeksi. Hieronta toi taikaisin potilaiden sosiaalisia taitoja. (Jakonen 2004, 227–228, 230, 236.)

4.9 Terapeutin rooli

Jotta asiakas pystyy löytämään yhteyden oireiden ja tunteiden välille hänelle on annettava paljon aikaa ja luottamus fysioterapeutin ja asiakkaan välillä on oltava vahva. Fysioterapeutin pitää luopua aktiivisen opastajan roolistaan, koska hän ei voi ratkaista ongelmia asiakkaan puolesta. Masentunut ihminen kaipaa ymmärrystä, kuuntelua ja sosiaalista verkkoa, josta voi hakea tukea. Ryhmänohjaajana fysioterapeutti voi antaa ryhmän osanottajille tilaa purkaa ajatuksiaan ja täten laajentaa sosiaalista verkkoaan. Ryhmän jäsenten kokemukset ovatkin usein asiakkaalle tärkeämpiä kuin varsinaiset neuvot. (Miikkulainen 1999, 41.)

Fysioterapeutin on tärkeää saavuttaa yhteys kuntoutujaan. Yhteyden luomiseen tarvitaan hyvä keskustelutaito ja sopiva ympäristö. Kuntoutujaa tulee kuunnella tarkasti ja olla häntä kohtaan empaattinen. Kun kuntoutujaa kuuntelee keskittyneesti, selviää hänen kykynsä osallistua terapiaan ja hyötyä siitä. Fysioterapeutin on kehitettävä itsetuntemustaan fysioterapian psykofyysisen näkökulman onnistumiseksi, tämä pitää sisällään kehontietoisuuden ja kehontuntemuksen kehittymisen. (Talvitie ym. 2006, 268.)

Henkilön kohtaaminen hoitotilanteessa on tanssin kaltaista improvisaatiota. Psykoanalyttikko Francois Roustandin mukaan terapeutin dialogi ei ole vain sanoja vaan, jotta terapeutti ymmärtää potilasta hänen on omaksuttava potilaan asento ja hengityksen rytmi. Terapeutin läsnäolo näkyy sanoissa ja eleissä ja kohtaamisen onnistuminen riippuu sanojen ja asentojen tarkkuudesta ja voimasta. Erityisesti kipupotilaiden kanssa työskennellessä tarkoituksena ei ole parantaa potilasta vaan auttaa häntä pääsemään sellaiseen tilanteeseen, josta hän pääsee jatkamaan elämäänsä. Hoitosuhteessa pitää päästä tilanteeseen, jossa terapeutilla ja potilaalla on sama päämäärä, muuten hoito ei onnistu. (Vainio 2007, 159–160.)

Martti Lindqvistin mukaan terveydenhuollon työntekijän pitäisi olla ammatillinen, tietoperustaan nojaava, selkeärajainen ja vahva ja toisaalta hänen pitäisi ymmärtää, että elämä ei koskaan ole joka osa-alueelta täysin hallinnassa vaan se voi yllättää ja hämmentää (Lindqvist 1989, 115–133). Vainion mukaan oman haavoittuvuuden tunnistaminen luo perustan sille, että tunnistaa sen myös toisissa ihmisissä. Lääkäri ja

filosofi Michel Geoffroy kuvaa hoitosuhdetta sitoutumiseksi, vastuuksi, huolenpidoksi ja kärsivällisyydeksi. (Vainio 2007, 168–169.)

Fysioterapeutin herkkyys määrittää, kuinka hän tulkitsee asiakkaan kehon kielen sisältöä. Psykomotorisessa terapiassa terapeutti korostaa sanoja, ääniä ja kehon kieltä sekä näiden yhteyttä hengitykseen, lihaksistoon ja asentoon. Terapiassa fysioterapeutti oli ennen kuuntelija, nykyään terveydenhuoltoalan ammattitehtävissä hyväksytään paremmin asiakkaan tunteenpurkaukset ja tunneongelmista on enemmän tietoa. Psykomotorisen terapian koulutuksissa opetetaan kuinka asiakkaan tunteisiin tulisi suhtautua. Kuitenkin edelleen mietitään, kuinka paljon ja millaisia ristiriitoja fysioterapeutin tulisi käsitellä ja milloin olisi hyvä suositella psykoterapiaa. Psykkisesti sairaille terapiaa ei suositella käytettäväksi paitsi tiiviissä yhteistyössä psykologin tai psykiatrin kanssa. Siihen tarvitaanko psykoterapian apua, vaikuttaa fysioterapeutin kokemus ja kypsyytensä, asiakkaan asenne ongelmaan ja se, millainen ristiriita on kyseessä. (Thornquist & Bunkan 1991, 112–114.)

Gyllenstenin, Hansonin ja Ekdahlin (2001) tekemässä tutkimuksessa yhtenä kiinnostuksen kohteena oli potilaiden suhde fysioterapeuttiin. Suhdetta ja yhteyttä fysioterapeuttiin kuvaili hyväksi kolme kuudesta skitsofreniaryhmässä ja neljä viidestä poliklinikkaryhmässä olleista potilaista. Kaikkein tärkeimmäksi terapiasuhteessa koettiin luottamus. Kysyttäessä fysioterapeutin ominaisuuksista ja muista hoitoon liittyvistä tekijöistä tärkeimmiksi potilaat nimesivät yhteistyökyvyn, avuliaisuuden ja tavoitehakuisuuden. (Gyllensten 2001, 50, paper III 1-22.)

Gyllenstenin, Gardin, Salfortin ja Ekdahlin (1999) tutkimuksessa on selvitetty tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttavat fysioterapeutin ja potilaan suhteeseen terveydenhuollossa. Tutkimus suoritettiin haastattelemalla kymmentä asiantuntevaa fysioterapeuttia kahdesti. Tulokset paljastivat vuorovaikutusprosessin sisältävän kaksi ulottuvuutta, perusedellytysten ulottuvuuden ja vuorovaikutusulottuvuuden. Perusedellytyksiin liittyivät ulkoiset ja sisäiset edellytykset. Ulkoiset koostuivat yhteistyöstä, työorganisaatiosta ja fyysisestä työympäristöstä, ja sisäiset käytännön ammattitaidosta ja potilaskokemuksesta, omasta koulutautumisesta, arvoista ja elämän kokemuksesta ja persoonallisuuspääpiirteistä. Näistä tärkeämpi oli sisäiset edellytykset, joista tärkein oli käytännön ammattitaito ja potilaskokemus. Vuorovaikutusulottuvuudessa tuli ilmi kontaktin luominen, ihmissuhdetaidot, terapeutin prosessi ja hoidon rakenne. Näistä tärkeim-

pinä korostuivat ihmissuhdetaidot ja terapeutin prosessi, joihin kuuluivat se kuinka tunnistaa potilaan voimavarat ja terapeutin rooli. Muita paljon esille tulleita kategoriaita olivat kontaktin ja luottamuksen luominen, herkkä ja välitön suhtautuminen, rohkeus ja kuuntelu. Tutkimuksessa oleellisina positiivisen hoitotuloksen saamiseksi nähtiin reflektointi, vuorovaikutus oppimisprosessissa. Tutkimuksissa olleilla fysioterapeuteilla ei ollut ohjausta, mutta he kertoivat sen tarpeesta, jotta pystyisivät käsittelemään vuorovaikutustilanteita paremmin. Ohjauksen toteuttajaksi ehdotettiin kokenutta kollegaa. (Gyllensten, Gard, Salfort & Ekdahl 1999, 89–109.)

Gyllenstenin, Gardin, Hansonin ja Ekdahlin (2000) tekemässä tutkimuksessa haasteltiin yhtätoista asiantuntevaa fysioterapeuttia, jotka työskentelivät psykiatrisen fysioterapian parissa. Heiltä kysyttiin asioita, joita tulisi ottaa huomioon vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja millaisia tuloksia he ovat saaneet työssään aikaan. Tuloksissa paljastui kolme tärkeää vuorovaikutusprosessin ulottuvuutta: perusedellytykset, vuorovaikutus ja tulos. Perusedellytyksiin kuuluivat fysioterapeutin ja potilaan perusedellytykset ja ulkoiset tekijät. Tärkeimpänä näistä oli fysioterapeutin kehontietoisuus ja toisena potilaan voimavarat, myös ohjaus työssä nähtiin tärkeänä. Vuorovaikutusulottuvuudessa tärkeäksi nousivat terapeutin prosessi, ihmissuhdetaidot ja hoidon rakenne. Terapeutin suhde ja potilaan auttaminen tunnistamaan omia voimavarojaan sekä hoidon rakenteessa sitoumus korostuivat. Tulosten ulottuvuudessa kaksi teemaa nousi yli muiden. Nämä olivat potilaan tietoisuus omista voimavaroista sekä terapeutin prosessin tuloksena että tavoitteena ja toinen fysioterapeutin vuorovaikutustaitojen parantaminen reflektoinnin avulla. Ohjaus koettiin avuksi reflektoinnissa. (Gyllensten, Gard, Hanson & Ekdahl 2000, 157–167.)

Lisäksi kahdessa artikkelissa käsiteltiin kipukoulusta vastuussa olevien fysioterapeuttien ammatillisen ohjauksen suunnittelua, toteuttamista ja kokemuksia ohjauksesta. Fysioterapeutteja oli neljä ja he toteuttivat ryhmäaktiiviteetteja potilaille, joilla oli tuki- ja liikuntaelinten ongelmia. Ryhmien vetämisen vaikeuksiksi he luettelivat alussa rajojen asettamisen, avunannon vaikeuden ja tietämättömyyden tunteiden kohtaamisesta. Työkokemusta heillä oli 7-20 vuotta. Ammatillista ohjausta toteutti henkilö, jolla oli kokemusta ohjaajana psykiatrisessa fysioterapiassa. Apuna ammatillisen ohjauksen suunnittelussa oli kolme kokenutta psykoterapeuttia. Ohjauksessa fysioterapeutit tulivat tietoisiksi kudostuho alueen rajasta, oppivat kliinisiä taitoja ja laajensivat tietoaan psykosomaattisen kivun hoidosta. Psykoterapeutit pitivät avainilmiöinä fysiotera-

peutin ammatissa liikkeen laadun arvioimista ja kehon aistimusta. Heidän mielestään fysioterapeuteilla tulisi olla ymmärrys kehontuntemusmetodeista työskennellessään kipupotilaiden kanssa. Fysioterapia kommunikoi kehon tasolla, jossa kehon kieli on kommunikaation tärkein elementti. Fysioterapeutit saavat tietoa sanojen muodossa ja taktiilisesti kehon tavasta ilmaista yksilön potentiaalia itsensä ohjaamiseen. Tutkimuksesta saatu tieto korosti kollegan tarjoaman ohjauksen hyödyllisyyttä. Kollegan ohjaus auttaa kaventamaan kuilua käytännön ja teorian välillä ja lisäksi se vauhdittaa ammatillista kehittymistä. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivisia tutkimusmetodeja, yksittäisiä haastatteluja ja päiväkirjamerkintöjä. (Mattsson 1998, 9, 53–54, 67; Mattsson & Mattsson, 1994b., 113–121.)

4.10 Tutkimustuloksia kehontuntemuksen harjoittamisesta

Tässä kappaleessa esittelen erilaisia tutkimustuloksia, siitä millaisia hyötyjä kehontuntemusharjoitteilla on saavutettu sekä kenelle tutkimus on tehty ja mitä mittareita tutkimuksessa on käytetty. Kehontuntemusharjoitteita on käytetty sekä ryhmä- että yksilöterapiassa tutkimuksesta riippuen. Tutkimusten avulla perustelen kehontuntemusharjoittelun vaikuttavuutta ja sen avulla saatutettavia positiivisia muutoksia.

Gyllenstenin, Hansonin ja Ekdahlin tekemässä tutkimuksessa tutkittiin potilaiden kokemuksia Basic BAT terapiasta. Tutkimuksessa oli kaksi ryhmää, toinen koostui psykiatrisista poliklinikkapotilaista (5 hlö) ja toinen skitsofreniakuntoutuksessa olevista (6 hlö). Potilaiden yleisin kokemus oli seisoma-asennon ja tasapainon paraneminen. Muita kokemuksia olivat kehon liikkeiden parempi hallinta ja tietoisuus kehon viesteistä ja niiden käsittelyn paraneminen. (Gyllensten 2001, 50, paper III 1-22.)

Mattssonin väitöskirjan tavoitteena oli kuvata ja arvioida psykiatrisen fysioterapian (PPT) sovellusten käyttöä psykiatrisessa ja somaattisessa hoidossa. Hän keskittyi erityisesti psykosomaattiseen gynekologiaan. Kahdessa artikkelissa kuvattiin työtapoja ja pitkän ajan hoitotuloksia psykiatrisilla avohoidossa olleilla potilailla. Ensimmäiseen tutkimukseen osallistui 8 naista ja 2 miestä, iältään he olivat 19–56-vuotiaita. Potilaille tarjottiin neljää psykiatrisen fysioterapian hoitokertaa perinteisen hoidon lisäksi. Neljä kertaa katsottiin olevan riittävästi, jotta potilas alkaa selviytyä itsekseen koskien kehollista rauhattomuutta ja henkistä ahdistuneisuutta. Kaikki hyväksyivät hoidon.

Hoitokertojen tavoitteena oli herättää uteliaisuus stressiä vähentäviin tekniikoihin ja tarjota harjoituksia, joissa keskitytään kehon ja mielen vuorovaikutukseen, harjoitteet olivat yksilöllisesti valittuja, sekä motivoida potilasta kiinnittämään huomiota ja hoitamaan fyysistä ahdinkoa suhteessa mielen tilaan. Yhdeksän potilasta kertoi oireiden vähentymisestä ja erityisesti hoitoon sitoutuneet potilaat olivat sitä mieltä, että hoidolla oli merkitystä oireiden vähenemiseen. Toisessa tutkimuksessa 16 henkilöä jaettiin kahteen, koe- ja kontrolliryhmään. Koeryhmässä oli mukana seitsemän naista ja yksi mies, iältään 20–57 vuotta, jotka saivat tavanomaisen hoidon lisäksi psykiatrista fysioterapiata kun kontrolliryhmä, 5 naista ja 3 miestä, iältään 22–54 vuotta, saivat vain perinteisiä hoitovaihtoehtoja. Koeryhmässä oli mukana kahdeksan samaa henkilöä kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Molemmissa tutkimuksissa vaikutuksia tutkittiin sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin. Näihin menetelmiin kuuluivat esimerkiksi osallistuva havainnointi, yksityinen haastattelu, päiväkirjamerkinnot ja niiden läpikäynti ja BAS-testi (Body Awareness Rating Scale). Psykiatrista fysioterapiaa saaneet ilmaisivat kiitollisuuttaan ja kuusi kuukautta terapioiden jälkeen he kertoivat vähemmistä oireista ja olivat tyytyväisempiä hoitoon kuin kontrolliryhmä sekä heidän kuva itsestään oli normaalimpi. (Mattsson 1998, 7, 52, 54, 64; Mattsson & Mattsson 1994a, 119–126; Mattsson, Engberg, Armelius & Mattsson 1995, 103–110.)

Hyväksikäytettyjen naisten kehontietoisuutta harjoittavassa ryhmässä ohjaajana toimi naispuolinen fysioterapeutti ja naispuolinen gynekologi. Ryhmässä oli seitsemän naista, iältään 22–49 vuotta. Tutkimus kesti 20 kuukautta. Hyväksikäyttö oli ollut joko fyysistä tai seksuaalista. Kuusi ryhmäläisistä kertoi isänsä tai läheisen miessukulaisen seksuaalisesti hyväksikäyttäneen heitä ja yksi oli joutunut miehensä pahoinpitelemäksi ja mies oli hyväksikäyttänyt tyttäriään. Kaikilla oli ryhmän lisäksi myös muuta terapeutista tukea. Alussa oli huomattavissa ahdistuneisuutta ja liikkumisen pelkoa ja harjoitteet tuottivat fyysistä ahdinkoa. Liikkeet herättivät voimakkaita tunteita mutta samalla se auttoi ryhmän yhdentymisessä. Jokainen ryhmäkerta koostui kolmesta osiosta: liikkeisiin valmistautuminen, liikkeiden teko ja liikkeiden yhdistäminen. Ensimmäinen vaihe ryhmäytymisessä merkitsi liikeharjoitusten muodon ja rakenteen sekä ryhmätyöskentelyn löytämistä, seuraava vaihe koostui ryhmäläisten henkilökohtaisesta historiasta ja viimeinen vaihe suuntautui kohti kiinnostusta tulevaisuudesta. Oppimisprosessi ryhmässä oli molemminpuolinen ja yhteistyö fysioterapeutin ja gynekologin välillä sujui hyvin. Vuosi ryhmän kokoontumisen jälkeen tehty tutkimus paljasti olennaisen oireiden vähentymisen ja negatiivisen minäkuvan muuttumisen

positiivisemmaksi viidellä seitsemästä ryhmäläisestä. Kehokuvatestin mukaan kehon hyväksyminen lisääntyi myös viidellä potilaalla. Kokonaisuudessa oireet vähenivät puoleen ja potilaat, joilla oireet vähenivät eniten ja itsensä rakastaminen ja kunnioittaminen muuttuivat positiivisesti, osoittivat myös positiivista suhdetta kehoonsa. Tutkimuksessa käytettiin kehokuvatestin lisäksi esimerkiksi osallistuvaa havainnointia, päiväkirjamerkintöjä ja VAS-janaa. (Mattsson 1998, 8, 52, 54, 66; Mattson, Wikman, Dalgren, Mattson & Armelius 1997, 280–288; Mattson, Wikman, Dalgren, Mattson, & Armelius 1998, 38–45.)

Yhdessä tutkimuksessa kuvattiin fysioterapeuttista kehontuntemusryhmää, jossa kävivät naiset, joilla oli kroonisia lantion alueen kipuja. Naisia oli viisi ja he olivat iältään 26–46-vuotiaita. Ryhmä kokoontui 20 kertaa puolessa vuodessa ja gynekologi oli mukana ryhmän ohjauksessa. Hoitoa kuvattiin kolmiohoidoksi, johon kuului lääkäri, fysioterapeutti ja potilas, ja siinä tavoiteltiin ryhmäläisen aktiivista osallistumista. Tärkeimpänä keskityttiin fysioterapiaan. Hoidon tulosta ja kolmiomallia arvioitiin kvalitatiivisin ja kvantitatiivisin keinoin järjestämällä ryhmäkeskustelu. Arvioinnin mittarina käytettiin BASia, joka edustaa holistista lähestymistapaa arvioitaessa psyykkisiä ja motorisia oireita ja toimintoja. Naisten psykomotoriset toiminnot ja työkyky kehittyivät ja oireet vähenivät. Kehittyminen oli yhteydessä kotiharjoitteiden ja haluttujen tavoitteiden suhteeseen. (Mattsson 1998, 8-9, 52–53.)

Gyllenstenin, Hansonin ja Ekdahlin tekemässä tutkimuksessa tutkittiin, millaisia tuloksia saatiin Basic Body Awareness Therapyllä psykiatristen poliklinikka potilaiden hoidossa. Toinen ryhmä sai vain normaalia hoitoa ja toinen normaalin hoidon lisäksi Basic BAT:ta. Kolmen kuukauden terapian jälkeen Basic BAT:ta saanut ryhmä osoitti merkittävästi suurempaa edistymistä kuin vain tavanomaista hoitoa saanut ryhmä. Edistymistä huomattiin BAS-H (Body Awareness Scale-health) testin tuloksissa, jotka mittaivat tasapainoa, liikkeen harmoniaa ja vapautta ja liikekäyttäytymistä. Merkittävää parannusta oli huomattavissa testin kokonaistuloksissa, suhteessa alustaan ja keskilinjaan, virtauksessa, keskustan ja hengityksen käytössä kontrolliryhmään verrattuna. Myös oma pystyvyyden tunne ja asenne omaa kehoa ja liikkeitä kohtaan oli parantunut. Iällä ja sukupuolella ei havaittu merkittävää vaikutusta testituloksiin. (Gyllensten 2001, 49–50, paper II, 1-15.)

Gyllensten tutki Basic BAT (Basic Body Awareness Therapy) menetelmän käyttöä psykiatristen poliklinikkapotilaiden hoidossa ja BAS-H testiä, joka on arviointimenetelmä liikkeiden ja liikekäyttäytymisen analysointiin. Tutkimuksessa tutkittiin myös tärkeitä tekijöitä potilaan ja fysioterapeutin vuorovaikutuksessa, terapeutisessa suhteessa ja yhteistyössä. Tuloksissa selvisi että BAS-H on tarkka arviointimenetelmä ja on sopusoinnussa teoreettisten odotusten kanssa. BAS-H näyttää olevan validi ajateltaessa kehon ja mielen välistä suhdetta. Tutkimuksessa verrattiin Basic BAT menetelmän käyttöä tavanomaisen terapian lisänä sekä pelkkää tavanomaista terapiaa. Tutkimuksessa oli mukana 77 psykiatrista poliklinikkapotilasta, joista 38 sai sekä Basic BAT:ia että tavanomaista hoitoa ja 39 sai vain tavanomaista hoitoa. Lyhyessä ajassa (12 terapiaa kertaa 3 kk) terapia, jossa käytettiin Basic BAT:ia, osoittautui tehokkaammaksi. Kehitystä tapahtui liikkeiden laadussa, liikekäyttäytymisessä, psykiatrisissa oireissa, asenteessa kehoa ja liikettä kohtaan ja pystyvyyden tunteessa Basic BAT:ia saaneessa ryhmässä. Ryhmäläiset kertoivat kokeneensa Basic BAT:sta monia positiivisia vaikutuksia, yleisimmin he kertoivat, että Basic BAT harjoittelun seurauksena tasapaino ja asento paranivat. Ryhmäläiset kertoivat myös olevansa sitoutuneita harjoitteluun ja kykenivät harjoittelemaan yksin, tämä kuvasi syvempää kehitystä: kehollisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti. (Gyllensten 2001, 63–64, 1-15.)

Vainio kertoo kirjassaan esimerkkejä kipukuntoutuksen toteutuksesta. Hänen työskennellessään Montrealin McGill-yliopiston kipuklinikalla kuuden vuoden ajan, siellä oli käytössä 12 viikkoa kestävä kuntoutusohjelma, joka oli psykologisesti suuntautunut. Siihen kuului kattava psykologinen arviointi, ja ryhmä kokoontui kerran viikossa kokonaiseksi päiväksi kerrallaan. Ryhmiä ohjasivat psykologi, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Tavoitteena ohjelmalla oli lisätä potilaiden tietoa kivusta, itseymmärrystä, itseluottamusta ja selviytymiskeinoja. Lisäksi pyrittiin kohottamaan fyysistä kuntoa, muuttamaan asenteita kipua ja sen kanssa elämistä kohtaan ja opettamaan kivun hallintaa rentoutuksilla ja mielikuvaharjoitteilla. Palautetta annettiin potilaille positiivisessa muodossa ja potilaan omaa kokemusta ei kyseenalaistettu. Tärkeässä osassa olivat kotiharjoitteet. Kyselyjen mukaan varsinainen kivun lievitys ohjelmalla on 20–30 % luokkaa ja noin puolet osallistujista kokee kivunhallintakeinojen ja elämän laadun paranevan sekä kivun pelon vähenevän. Ryhmän tuki on erityisen tärkeää. Se motivoi oppimaan ja tekemään harjoitteita ryhmän loppumisen jälkeen. Jokaisen ryhmän jälkeen ohjelma kehittyi ja Vainion mielestä ohjaajien luovuus oli mahtavaa. (Vainio 2007, 173–175.) On yllättävää, että syöpäkipu saadaan hallintaan lääkkeillä yli 90

%:lla potilaista, kun kroonista kipua sairastavista 20–30 % kokee kipunsa lieventyneen kipuklinikkahoidon jälkeen, vaikka kroonisen kivun hoitoon kuuluu lääkityksen lisäksi myös fysioterapiaa, kuntoutusta ja psykologisia elementtejä. (Vainio 2007, 45–46.)

5 KEHONTUNTEMUSRYHMÄ

5.1 Kokemuksia kehontuntemusryhmistä

Santalan ja Lamion (2005) artikkelissa kerrotaan Helsingin kaupungin järjestämistä Kehosta voimavaroja-ryhmistä. Ryhmät ovat suunnattu kehontuntemuksen häiriöistä kärsiville kroonisille kipuasiakkaille. Asiakkaiden oireisiin saattoi liittyä uupumusta ja masentuneisuutta. Ryhmäkertoja oli kymmenen ja yksi kerta oli tunnin mittainen. Osallistujat valittiin lääkärin läheteellä fysioterapiaan tulleista potilaista. (Santala & Lamio 2005, 24–25)

Ryhmässä harjoittelu aloitettiin rentoutumisharjoitteilla ja edettiin vähitellen aktiivisempiin harjoitteisiin, jotka sisälsivät rentoutuksen lisäksi kehontuntemus- ja voimaharjoittelua, myös kiertoarjoittelua kokeiltiin. Aina pidettiin sama alkuverryttely, tämän jälkeen tehtiin kiertoarjoittelu laitteita, jumppapalloja ja kehontietoisuusharjoitteita käyttämällä. Tunnin lopussa käytettiin erilaisia rentoutustekniikoita. Kiertoarjoittelu tuotti ongelmia. Liian vaikea tehtävä loi levottomuutta ryhmään, niinpä se vaihdettiin ja harjoitteluohjelma toteutettiin lopulta ilman välineitä helppoissa alkuasunnoissa. Ryhmässä harjoitettiin hyvän ryhdin löytämistä ja kehon parempaa tuntemista. Kokemuksen perusteella hyviksi menetelmiksi koettiin kehontuntemus- ja rentoutumisharjoitteet helppoissa alkuasunnoissa. Tärkeätä on varata aikaa keskustelulle ja kokemusten vaihdolle, sosiaaliset kokemukset ja yhteyden kokeminen on todella tärkeää. Palaute ja harjoitteet voivat auttaa uusien tai unohtuneiden ilmaisukeinojen löytymiseen. Harjoitteiden välissä olisi hyvä pysähtyä kuuntelemaan kehon tuntemuksia ja tutkimaan niitä. (Santala & Lamio 2005, 25.)

Alku- ja loppumittauksissa mittareina käytettiin VAS-janaa, Bergin testin yhdellä jalalla seisomista ja 10 metrin kävelytestiä. Testit valittiin koska niiden rehabiliteetti ja

validiteetti on arvioitu kohtalaisesta erinomaiseksi ja ne ovat tuttuja. Tutkimisen aikana fysioterapeutti arvioi havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakkaan yhteistyö- ja motivaatiotasoa sekä liikkeiden ja kehon hallintaa. Mittausten lisäksi asiakas täytti yhdessä fysioterapeutin kanssa tutkimislomakkeen, jossa oli perustiedot ja VAS-kipujana, jolla arvioidaan oma terveydentila verrattuna muihin samanikäisiin. Lomake sisälsi myös tavoitteet ryhmäterapialle ja toiveet ja odotukset ryhmäterapiasta. Fyysistä kuntoa mitattiin Polar-lepokuntotestillä ja yhdellä jalalla seisomisella. (Santala & Lamio 2005, 25.)

Mittausten tuloksista selvisi, että asiakkaiden subjektiivinen elämänlaatu ja psyykinen hyvinvointi kohentuivat 35–40 %:a ryhmästä riippuen. Asiakkaat kokivat oman kuntonsa kohonneen, vaikka fyysisen toimintakyvyn mittarien antamissa tuloksissa ei suuria muutoksia havaittu. Tasapainotestin tekeminen oli lopputesteissä vakaata, keskittyminen oli selvästi havaittavissa. Kävelytestissä kehon käyttö oli vapaantuneempaa, käsien myötäliikkeet olivat lisääntyneet ja askellus oli joustavaa. Ryhmäläisten mielestä testaukset olivat tärkeitä, keho tuli tutuksi ja tuntemusten käsittely varmentui. Kokemukset olivat myönteisiä ja ilmapiirin sallivuus nousi tärkeäksi asiaksi. Ryhmäläiset kokivat myös, että elämään tuli rytmiä ja rentoutumisen taito lisääntyi. (Santala & Lamio 2005, 25.)

Balanssi-ryhmissä, joissa ryhmäläiset olivat pääasiassa työuupuneita, heidän tehtävänä oli tutkia ajatuksiaan, toimintatapojaan, tunteitaan, mielikuviaan ja kehonsa reaktioita erilaisissa työ- ja elämäntilanteissa. Ryhmässä harjoiteltiin uusia toimintatapoja arjen tilanteisiin ja pyrittiin ymmärtämään tunteita ja ajatuksia, mitä tilanteet aiheuttivat. Ryhmäläisten mukaan ongelmiin auttoi niiden jakaminen muiden ryhmäläisten kanssa, ryhmäläisten ymmärryksen ja hyväksynnän saaminen sekä toivon herääminen. Ryhmissä työskentelytapoina käytettiin erilaisia ilmaisuntasoja: puhumista, mielikuvia ja kuvia, kirjoittamista, draamallisia harjoitteita ja kehotyöskentelyä. Tutkimuksessa selvisi, että toiminnallisia työskentelytapoja pidettiin analyyttisiä menetelmiä mielekkäämpinä. Kun ihmisellä on enemmän ilmaisutapoja, keho ei joudu niin herkästi sijaiskärsijän rooliin. Ryhmän alussa tietoa kehon ja mielen vuorovaikutusta käsiteltiin tietoiskuina. Ryhmässä käytettiin myös syvää hengitystä ja kehonkuvatyöskentelyllä pyrittiin auttamaan ryhmäläisiä kuulemaan oman kehon viestejä. (Mikkulainen 2002, 11.)

Fysioterapeutin tulee huomioida työskentelyssään se, että fyysisten oireiden hoidon, tutkimuksen sekä harjoittelun lisäksi asiakkaalle on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Ryhmässä tulee siis varata riittävästi aikaa ryhmäläisten kokemuksille ja keskustelulle. Uupuneiden liikuntaharjoitukset eivät saisi olla liian suorituspainotteisia, ilmaisu ja kehon kuuntelu ovat etusijalla. Välillä on hyvä myös purkaa paineita voimakkaiden fyysisten harjoitusten kautta. Asiakkaan intymiteetin ja rajojen kunnioittaminen on tärkeää, oireista ei tule tehdä suorita tulkintoja ja antaa ohjeita vaan voi esittää avoimia kysymyksiä, jotta asiakas itse pohtisi kehonsa ja psyykeensä yhteyttä. (Miikkulainen 2002, 11–12.)

Balanssi-projektissa selvisi, että somaattiset tuntemukset ovat uupuneilla voimakkaampia kuin ei-uupuneilla. Ei-uupuneisiin verrattuna uupuneilla suhteellisesti voimakkaimmat tuntemukset olivat voimattomuuden sekä huimauksen kokemukset. Uupuneet naiset kertoivat voimakkaammasta päänsärystä kuin miehet. Balanssi-ryhmähoidon todettiin vaikuttavan vähentävästi somaattisten tuntemusten voimakkuuteen. Toiminnallisen ryhmähoidon todettiin vaikuttavan somaattisiin oireisiin hieman tehokkaammin kuin analyttiset menetelmät. (Näätänen 2002, 12–13.)

Haikosen artikkelissa käsiteltiin kehontuntemusryhmää, johon kuului neljä naista, jotka olivat iältään 41–51-vuotiaita. Heillä kaikilla oli päädiagnoosina masennus ja asiakkaat olivat polikliinisessä hoidossa. Ryhmän järjestämisen aikana heillä oli kaikilla yksilöterapiaa. Ryhmä kokoontui yhteensä kymmenen kertaa ja fysioterapeutti ohjasi sitä. Mukana oli myös sairaanhoitaja, joka oli ikään kuin yksi ryhmäläinen, hän kuitenkin myös tarkkaili ja ohjasi keskusteluita. (Haikonen 2007, 64, 68.)

Ryhmässä käytettiin harjoitteita, jotka etenivät lattiatason joogapohjaisista harjoituksista kohti ylempiä alkuasentoja, jokaisella kerralla tehtiin myös erilainen rentoutumisharjoitus. Ryhmäläiset olivat sitoutuneita, yksi oli paikalla joka kerralla ja kolmella muulla oli kaksi poissaoloa. Alku- ja loppututkimuksissa käytettiin avoimia kysymyksiä ja voimavarojen arvioinnissa käytettiin Berit Bunkanin kehittämää fysioterapeuttista tutkimista. Rentoutumisjanaa käytettiin ennen jokaista rentoutusta ja sen jälkeen, tällöin kirjattiin ylös lyhyesti myös tuntemuksia. Prosentuaalisesti janaa tarkasteltaessa kymmenen ryhmäkerran aikana ennen rentoutumista rentoutumisen aste oli 45–89 % ja jälkeen 45–98 %, joten janan mukaan kovin suurta eroa ei tuloksissa havaittu. Rentoutumisen subjektiivinen kokemus oli kuitenkin pääsääntöisesti

nousujohteinen. Avointen kysymysten, joihin vastattiin toisella ja viimeisellä kerralla, vastauksissa ilmeni tyytyväisyys omaan jaksamiseen ja ihmissuhteisiin. Loppukyselyssä ilmeni, että kolmen henkilön ottaneet rentoutusharjoitteet osaksi arkeaan. Ryhmän loputtua oma jaksaminen koettiin parempana. Ryhmä koettiin sopivan pienenä eikä siellä tarvinnut jännittää, ryhmäläiset kokivat että muillakin ryhmäläisillä on samoja ongelmia. Rentoutusjana ei ollut kovin luotettava tutkimusväline, koska osalla ryhmäläisistä yhden kerran vaihteluväli oli suhteellisen pieni. Kehontuntemus sekä – tietoisuus lisääntyivät ryhmän aikana. Rentoutumisen kokeminen sujui viimeisillä kerroilla nopeammin ja helpommin kuin alussa. Ryhmäläiset kokivat saaneensa apua arkielämäänsä. (Haikonen 2007, 64, 68–72.)

Tähkäsen ryhmän tarkoituksena oli tutkia miten rentoutumisharjoitusten ja kehontietoisuusharjoittelun avulla voidaan vaikuttaa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten kehontietoisuuden lisääntymiseen ja kipuaistimusten vähentymiseen. Ryhmään kuului viisi naista, jotka olivat iältään 34–54-vuotiaita ja kokoontumiskertoja ryhmässä oli kymmenen. Fysioterapeutin lisäksi ryhmää ohjasi kriisityöntekijä. Tähkävuoren selviytyksen mukaan seksuaalisesti hyväksikäytetyille naisille ei järjestetä psykofyysisen fysioterapian ryhmiä ainakaan kolmessa Suomen suurimmassa kaupungissa. (Tähkävuori 2007, 85–86, 90.)

Ryhmätilanteet etenivät eri kerroilla suunnilleen samalla tavalla. Ryhmä aloitettiin alkukeskustelulla, sitten ”mentiin” omaan kehoon, tehtiin kehontietoisuutta lisääviä harjoitteita, rentouduttiin ja pidettiin loppukeskustelu. Välillä suunniteltu sisältö muuttui kun ryhmässä nousi esiin asioita ja tapahtumia, joiden käsittelyyn kului enemmän aikaa. Kymmenen ryhmäkerran lisäksi ryhmässä suoritettiin yksilölliset alku- ja loppututkimukset, joissa tarkasteltiin ryhmäläisten kirjoittamia subjektiivisia kokemuksia sekä käytettiin soveltaen Body Awareness Scale-tutkimuskaavakkeita, myös rentoutumisjanalla kuvattiin rentouden muutosta. Alkututkimuksessa käytettiin avointa haastattelua, jossa selvitettiin yksilöllistä traumataustaa. Sen lisäksi tehtiin soveltuvin osin Body Awareness Scalen BAS-haastattelu ja liikeosiotutkimukset. Nämä toistettiin myös loppumittauksessa. Ryhmäläiset ja ohjaaja täyttivät reflektiokansiota, johon kirjattiin päiväkirjan tapaan tunteita omien voimavarojen mukaan. Viimeisellä kerralla ryhmäläiset palauttivat myös kyselykaavakkeen, jonka ohjaaja antoi edellisellä kerralla. (Tähkävuori 2007, 85, 90.)

Kehontuntemuksessa ja kipujen osalta ryhmäläiset kokivat positiivisia muutoksia. Rentoutumisajanalla, joka oli 17 cm pitkä, muutos ennen ja jälkeen rentoutumisen vaihteli muutamista senttimetreistä jopa 13 senttimetriin. Yksi kertoi rentoutusharjoituksen jälkeen löytäneensä kehon keskustan, monet ryhmäläisistä kuvasi myös jännittyneiden lihasten rentoutuvan. Omaan kehoon tutustuminen voi olla henkisesti raskasta ja aiheuttaa huolta siitä, onko minulla tähän oikeutta. Toisaalta se herättää toivon kipinä, että minulla on mahdollisuus, kun uskallan ja saan tukea kehooni tutustumiseen. Osalla uskallus kehon käyttöön lisääntyi, osalla pysyi samana. Ryhmän jälkeen kaksi koki kipunsa kadonneen, kaksi niiden lisääntyneen ja yhdellä kivut olivat vähentyneet. Kosketuksen sieto parani kahdella ihmisellä. Toinen tunsu aluksi oksettavan olotilan, kun häntä koski, mutta lopussa hän kertoi, että oli alkanut nauttia muiden koskettamisesta. Toinen ryhmäläinen ihmetteli, miten kosketus voi tuntua niin hyvältä, kun ainoa muistikuva kosketuksesta oli tunne iskuista. Ryhmään sitoutuminen oli hyvä. (Tähkävuori 2007, 85, 90–92.)

Myös työterveyshuollon asiakkaille on järjestetty psykofyysinen fysioterapiaryhmä. Ryhmään osallistui viisi eritavoin oirehtivaa naista. Oireina olivat muun muassa lievä masennus, ahdistus, uupumus ja tuki- ja liikuntaelinvaivat. Ryhmä kokoontui 10 kertaa 1,5 tunnin ajan. Ryhmätilanne alkoi ja loppui vapaalla keskustelulla ajatuksista ja tuntemuksista. Ryhmäläiset kirjasiivat tuntemuksiaan paperille myös ryhmäkertojen väleissä ja päiväkirjat luettiin kaikille ryhmän alkaessa ja niistä keskusteltiin. Kehontuntemusharjoitteet etenivät lattiatasolta ylempiin alkuasentoihin ja jokaisella kerralla tehtiin rentoutusharjoitus. Myös pariharjoituksia, kuten rajojen piirtämistä, ääniharjoituksia ja pallohierontaa tehtiin. Ensimmäisillä kerroilla ryhmäläisiä ja myös ohjaajaa jännitti. Mutta alkujännitys meni ohi kun ohjaaja huomasi, että jo läsnäololla ja kuuntelulla sai paljon aikaan. Maassa tehtävät liikkeet sujuivat hyvin, mutta istuen ja seis- ten tehdyissä harjoitteissa ryhmäläiset kiinnittivät liikaa huomiota toisten tekemiseen. (Simula 2007, 83–84.)

5.2 Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteen kehontuntemusryhmä

Ohjasin toisen vuoden fysioterapian opiskelija Johanna Lehosmaan kanssa kehontuntemusryhmää Fysipisteessä. Tästä tehtiin yhteistyösopimus Fysipisteen kanssa (Liite 1). Ohjaavana opettajana ryhmässä toimi fysioterapian lehtori Merja Kurunsaari. Ryhmä koottiin mainoksen avulla (Liite 2). Fysipisteen kehontuntemusryhmä kokoon-tui 9 kertaa 4.10- 14.12.2007 välisenä aikana. Ryhmä pidettiin kerran viikossa, pää-sääntöisesti torstaisin klo 16.00–17.15. Ryhmään osallistui kuusi naispuolista henkilöä, joista yksi jätti ryhmän kesken kahden ensimmäisen kerran jälkeen, hänen tuloksensa jätän käsittelemättä työssäni. Ikähaitari ryhmässä oli 55–60 vuotta ja keskiarvo 56,6 vuotta. Kaikki naiset olivat työikäisiä ja työskentelivät saman organisaation palveluk- sessa lähinnä toimistotöissä. Ryhmäläisten poissaolot ryhmästä vaihtelivat kahden ja kolmen poissaolokerran välillä, keskiarvolta kertyi 2,4 poissaolokertaa. Poissaolot johtuivat lähinnä flunssasta, työkiireistä ja matkoista.

Ryhmässä tehtiin alku- ja lopputestaukset. Alkutestauksissa apuna toimi fysioterapian opiskelija Pirre Rantala. Alkutestaukseralla asiakkaat allekirjoittivat luvan tietojensa käsittelyyn, tämä sisälsi luvan tietojen rekisteröimiseen kuntoutuksen asiakasrekiste- riin ja luvan tutkimustuloksien käyttöön opinnäytetyön tulosten yhteenvetoon sekä kehontuntemuksen jatkoryhmän kehittämiseen (Liite 3). Alku- ja lopputestauksiin kuului kyselylomake, jännittyneisyyspiirros (Liite 4) ja osa Bunkanin voimavarojen arviointilomakkeesta (Liite 5). Alkukyselylomakkeessa (Liite 6) selvitimme ryhmäläi- sen tämän hetkistä terveydentilaa ja mahdollisesti ilmeneviä oireita, hänen kehonku- vaansa ja voimavarojaan. Lopussa suoritettiin samat testit, tosin kyselylomaketta (Liite 7) muokattiin siten, että saataisiin monipuolista palautetta ryhmästä ja ideoita ryhmän kehittämiseen. Lisäksi loppukyselylomakkeessa terveydentilan selvitys oli suppeampi ja keskityimme kehonkuvaan ja voimavaroihin ja niissä koettuihin muu- toksiin. Neljä henkilöä osallistui sekä alku- että lopputestaukseen, joten testien tutki- mustulokset nojaavat heidän testituloksiinsa. Kuitenkin kaikki viisi täyttivät alku- ja loppukyselyt, joten terveydentilaa, kehonkuvaa, voimavaroja ja palautetta koskevat tulokset ovat kaikilta ryhmäläisiltä.

Ryhmän tavoitteena oli, että ryhmäläinen tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen vies- teistä. Tietoisuuden lisääntyminen vaikuttaa kehon hallintaan, kuten ryhtiin, liikkeisiin

ja lihasjännityksiin. Näin pyritään vahvistamaan kunkin ryhmäläisen henkilökohtaisia voimavaroja. Tutkimuksen tarkoituksena on erilaisia kehontuntemusharjoituksia, kuten hengitys-, rentoutus ja asentoharjoituksia käyttäen, sekä tiedon avulla parantaa osallistujien kehontuntemusta. Toinen tavoite on tarjota osallistujille keinoja kehontuntemuksen lisäämiseen omassa arjessaan.

Ryhmäkerroilla oli tietty rakenne, jota noudatimme. Alussa pidimme noin 10 minuutin mittaisen alkukeskustelun, jossa sai kertoa päivän päällimmäiset kuulumiset ja pohdimme miten viikko oli sujunut kehontuntemusten kannalta. Tämän jälkeen teimme aktiivisia kehontuntemusharjoitteita ja pidimme tietoisun päivän aiheesta. Lopussa teimme rentoutusharjoituksen ja pidimme noin 10 minuutin mittaisen loppukeskustelun. Loppukeskustelussa puhuimme ryhmäkerralla tehdyistä aktiivisista harjoitteista ja rentoutusharjoituksesta sekä niiden herättämistä tuntemuksista.

5.3 Tutkimuksen toteutus ja tulokset

Tietosuojan vuoksi käsittelen tulokset pääosin koko ryhmän osalta. Monissa testeissä pidän juuri henkilökohtaista kehitystä hyvin tärkeänä, mutta näissä tutkimustuloksissa en voi sitä valitettavasti tuoda esille. Fysipisteellä sekä opinnäytetyön tekijällä on käytössään suojattu liitetiedosto, joka sisältää myös henkilökohtaisemmat tulokset osasta testeistä.

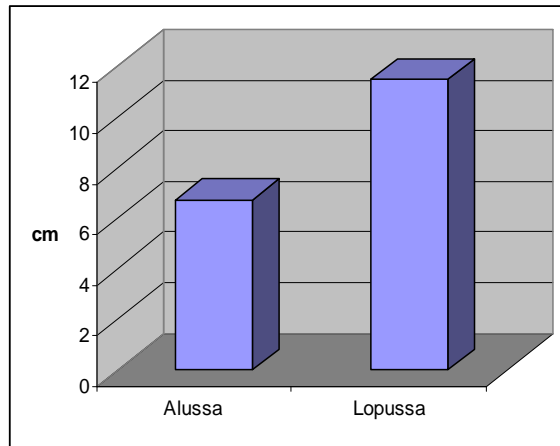
5.3.1 Asennon arviointi

Arvioinnissa käytetään eri asentoja, jotta saadaan kuva kehon tasapainoisuudesta, jännittyneisyydestä, tapa-asennosta ja sopeutumiskyvystä. Myös yksittäisten nivelten asentoa arvioidaan. (Thornquist & Bunkan 1991, 45.) Arviointi perustui Bunkanin voimavarojen arviointilomakkeeseen ja tapahtui havainnoimalla sekä mittaamalla. Asentoa havainnoitiin edestä, takaa ja kummaltakin sivulta. Lisäksi mitattiin kanta-päiden etäisyys toisistaan, kun ryhmäläinen seiso i luonnollisessa seisoma-asennossaan.

Suurin muutos asennossa oli tukipinta-alan laajeneminen, joka näkyi erityisesti kanta-päiden etäisyyden suurenemisena. Alussa kanta-päiden välinen etäisyys oli ryhmäläisillä keskimäärin 6,75 cm ja lopussa 11,5 cm. Kanta-päiden välinen etäisyys kasvoi

keskimäärin 4,75 cm. Pieniä muutoksia asennossa oli ryhmäläisten keskuudessa havaittavissa, kuten hartioiden eteentyöntymisen väheneminen ja liian suuren lannelor-
doosin pientyminen. Pääasiassa asento pysyi kuitenkin kaikilla ryhmäläisillä kohtalaisen samanlaisena.

Kuvio 1. Kantapäiden etäisyys ryhmäläisillä keskimäärin luonnollisesti seistessä (cm)



5.3.2 Rentoutumiskyky

Selin-makuuasento on suositeltava rentoutumiseen, koska siinä vaaditaan hyvin vähän lihastyötä ja hengityskaasujen vaihtoa. Jos hengitys kiihtyy, kertoo se potilaan tunne-
reaktiosta. Selin-makuuta pidetään puolustuskyvyttömänä asentona. (Thornquist & Bunkan 1991, 46.)

Rentoutumiskykyä havainnoitiin Bunkanin voimavarojen arviointilomakkeen mukaan siten, että pyysimme ryhmäläisen makaamaan jumppamatolle selälleen ja rentoutu-
maan siinä. Puolella ryhmästä rentoutumiskyky parani ja puolella ei rentoutumisky-
vyssä tapahtunut muutosta. Kukaan ryhmäläisistä ei osannut rentoutua heti, vaan
vaadittiin hetki aikaa ennen kuin rentoutuminen onnistui. Rentoutumiskyvyn parane-
minen näkyi loppumittauksessa jalkojen erkanemisena toisistaan ja käsien avautumi-
sena sivuille, myös hengitys tasoittui ja rauhoittui.

Lisäksi loppukyselyssä ilmeni, että osa ryhmäläisistä koki pystyvänsä rentoutumaan
paremmin ja tunnistamaan jännittyneisyyden ja rentouden eron.

5.3.3 Joustavuus

Joustavuutta testattiin Bunkanin joustavuustestillä, jossa arvioitiin passiivista joustavuutta ja jatkoliikettä sekä aktiviteettiä. Testissä saatiin tietoa liikkuvuudesta, lihasten ja pehmytkudosten elastisuudesta, rentoutumiskyvystä ja ylävartalon rentouttamisesta jalkojen ollessa aktiiviset. Thornquistin ja Bunkanin mukaan kokemus on osoittanut, että henkilöillä, jotka vastustavat passiivista liikettä, on ongelmia antaa muiden ohjailta heitä ja heillä saattaa olla turvattomuuden tunnetta, ahdistusta, varauksellisuutta ja vihaa. Myös henkilöt, jotka avustavat passiivista liikettä tuntevat olonsa turvattomiksi. Tämä turvattomuus liittyy negatiivisiin tunteisiin itsestä. (Thornquist & Bunkan 1991, 49, 52.)

Puolella ryhmästä ei ollut juuri tapahtunut joustavuudessa muutosta. Toisella puolella joustavuus oli hiukan lisääntynyt ja liikkeen avustaminen vähentynyt. Suurimmalla osalla ryhmäläisistä jatkoliikkeet olivat pieniä tai niitä ei löytynyt ollenkaan ja he avustivat ainakin osassa testiliikkeistä. Joustavuuden osalta testeissä ilmeni vaihtelevasti normaalia, rajoittunutta sekä joustamatonta liikettä. Vaihtelua löytyi paljon yhden ryhmäläisen eri liikkeiden välisissä tuloksissa. Koko ryhmän kesken eniten löytyi rajoittunutta joustavuutta.

5.3.4 Hengitys

Ideaalinen hengitys on levossa rauhallista ja tasatahtista. Hengitysliike lähtee kehon keskustasta ja leviää vapaasti ylös ja alaspäin. Levossa uloshengitys on täysin passiivinen. Ideaalinen hengitys perustuu laajenemiseen joka suunnassa, kylkiluut nousevat ja rintakehän tilavuus suurenee. Pallean tulisi olla päävastuussa hengitysliikkeestä. Lihassupistuksia, niskan, hartioiden ja käsien lihaksissa, ei tulisi tapahtua. Sisäänhengityksessä myös vatsan alueella on havaittavissa pieni liike. Myös selän puolella tulisi näkyä tai ainakin tuntua hyvin pieni liike. Hengitystä havainnoidaan koko tutkimuksen ajan muiden tutkimusosioiden aikana. (Thornquist & Bunkan 1991, 43, 44, 46.)

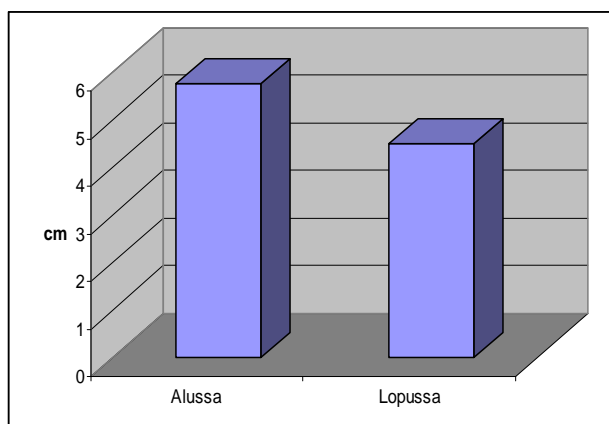
Hengityksen tarkempi havainnointi tapahtui seisten asennon arvioinnin aikana ja makuulla samalla kun havainnoitiin myös rentoutumiskykyä. Havainnointia pyrittiin kuitenkin tekemään koko arvioinnin ajan. Havainnoimme, missä näkyi hengityksen pääliike, apuliike ja oliko mahdollisesti liikkumattomia alueita.

Hengityksessä tapahtui pieniä muutoksia positiiviseen suuntaan. Optimaalisena hengityksenä pidetään palleaan painottuvaa hengitystä. Hengityksen pääliikkeissä ei juuri muutosta tapahtunut, mutta apuliikkeissä niitä oli huomattavissa. Erityisesti makuulla apuliikkeissä oli muutosta tapahtunut. Seuraavia muutoksia oli havaittavissa, rintakehän yläosan liike oli jäänyt pois ja palleaan oli tullut pientä liikettä. Myös seistessä apuliikkeissä oli havaittavissa koko ryhmän kesken pieni muutos positiiviseen suuntaan, liikettä ilmeni palleassa ja rintakehän alaosassa. Yleisesti ryhmäläisten hengitys makuuasennossa oli rennompaa. Lopputestauksessa hengitys oli kaikilla säännöllistä ja tasaista ainakin makuuasennossa.

Lisäksi rintakehän liikkuvuus mitattiin mittanauhalla. Mittaus tehtiin ottamalla ympärysmitta rintojen alta, miekkalisäkkeen kohdalta. Ryhmäläisiä pyydettiin vetämään syvään henkeä ja puhaltamaan keuhkot tyhjiksi. Rintakehän liikkuvuus saatiin sisäänhengityksen ja uloshengityksen mittaustulosten erotuksesta. Bunkanin mukaan normaali liikkuvuus on 5 cm.

Alussa rintakehän liikkuvuus oli ryhmäläisillä keskimäärin 5,75 cm ja lopussa keskimäärin 4,5 cm eli rintakehän liikkuvuus oli vähentynyt ryhmäläisillä keskimäärin -1,25 cm. Kaikkien koehenkilöiden tulokset voidaan kuitenkin lukea normaaleiksi sekä alussa että lopussa. Tuloksessa myös mittausvirhe on mahdollinen.

Kuvio 2. Rintakehän liikkuvuus keskimäärin (cm)



5.3.5 Jännittyneisyyspiirros

Jännittyneisyyspiirroksessa ryhmäläinen väritti ihmisen hahmoon, missä hän tuntee särkyä, lihasjännitystä ja lihasväsymystä eri väreillä.

Yleisesti ryhmäläisistä yhdellä oli tapahtunut merkittävää lihasjännityksen ja särkyjen vähenemistä. Myös toisella väritysten pinta-ala oli hiukan pienentynyt. Muilla väritysten määrässä eli alueiden laajuudessa ei ollut tapahtunut suurta muutosta. Kuitenkin kaikilla lihasjännityksien ja lihasväsymyksiä sijainnissa oli tapahtunut muutosta, joten suurin osa särkyistä, lihasväsymyksestä tai lihasjännityksistä eivät olleet kroonisia. Piirroksesta näki myös selvästi juuri koetilanteen mukaisen olotilan, kuten työpäivän jälkeisen päänsärlyn.

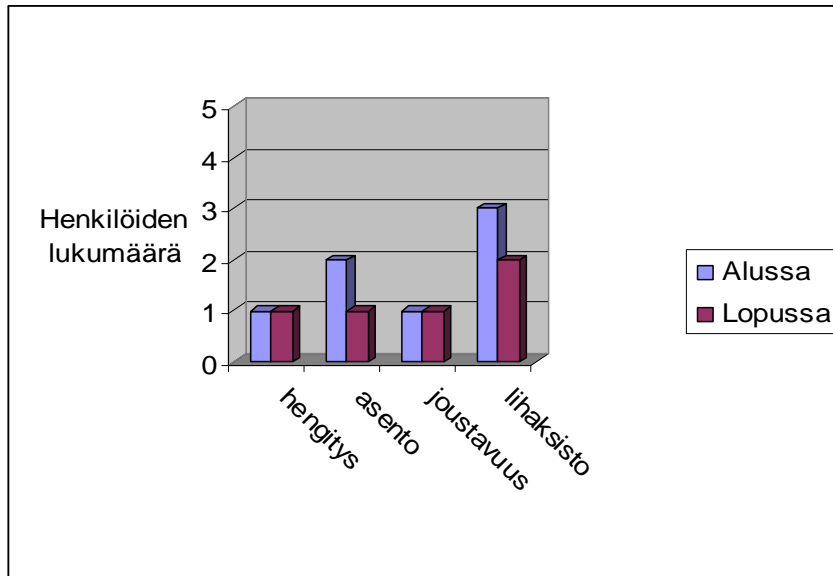
5.3.6 Terveystila

Terveystilaa arvioitiin kyselylomakkeella. Terveystilan arvioinnissa ei tapahtunut minkäänlaisia muutoksia. Yksi arvioi terveystilansa erittäin hyväksi ja neljä melko hyväksi sekä alku- ja lopputesteissä. Yleisesti ryhmäläiset olivat terveitä ja mieltään säännöllistä lääkitystä heillä ei ollut.

Yhdellä ei ollut häiritseviä oireita tai sairauksia ollenkaan. Muilla ryhmäläisillä esiintyneitä oireita olivat niska-hartiaseudun jännittyneisyys, stressi, polvien ongelmat, rytmihäiriöt, välilevyn pullistuma, lantion ja pakaralan kohdan kireys sekä reisien jännittyneisyys ja väsymys ja alaselän oireilu. Edellä mainittuja oireita ryhmäläiset pyrkivät lievittämään liikunnalla, kuten sauvakävelyllä, kävelyllä, pyöräilyllä, hiihdolla, voimistelulla, uinnilla, lihaskunnon kohotuksella, koti- ja pihatöihin liittyvällä liikunnalla, spinningillä ja juoksulla. Muita keinoja oireiden lievittämiseen olivat hieronta, lämpöhoito, tekemisen vähentäminen, hetkessä eläminen ja venyttely.

Eniten ongelmia ryhmäläiset kokivat lihaksistossa sekä alussa että lopussa. Määrällisesti ongelmat olivat vähentyneet asennon ja lihaksiston osalta. Hengityksen ja joustavuuden ongelmissa ei muutosta ollut tapahtunut

Kuvio 3. Ongelmat osa-alueittain



Pyysimme myös selvittämään, millaisia nämä ongelmat olivat. Ilmeni jäykistymisen tunnetta, selkä- ja vatsalihasten ongelmia, ryhdin huononemista, pinnallista hengitystä, lihaksiston yleistä jännittyneisyyttä sekä hartioiden ja niskan jännittyneisyyttä

5.3.7 Kehonkuva

Kehonkuvaa selvitettiin kyselylomakkeella, jossa eri osa-alueita olivat kokemusta kehon pituudesta, paksuudesta ja pään koosta. Lisäksi selvitimme lomakkeessa lateraaliteettia eli kokeeko eroa kehon puolien välillä ja henkilökohtaista suhtautumista omaan kehoon sekä kokemusta kehon keskipisteestä. Kysymykset olivat mukailtu Bunkanin kehonkuvan tutkimuslomakkeesta.

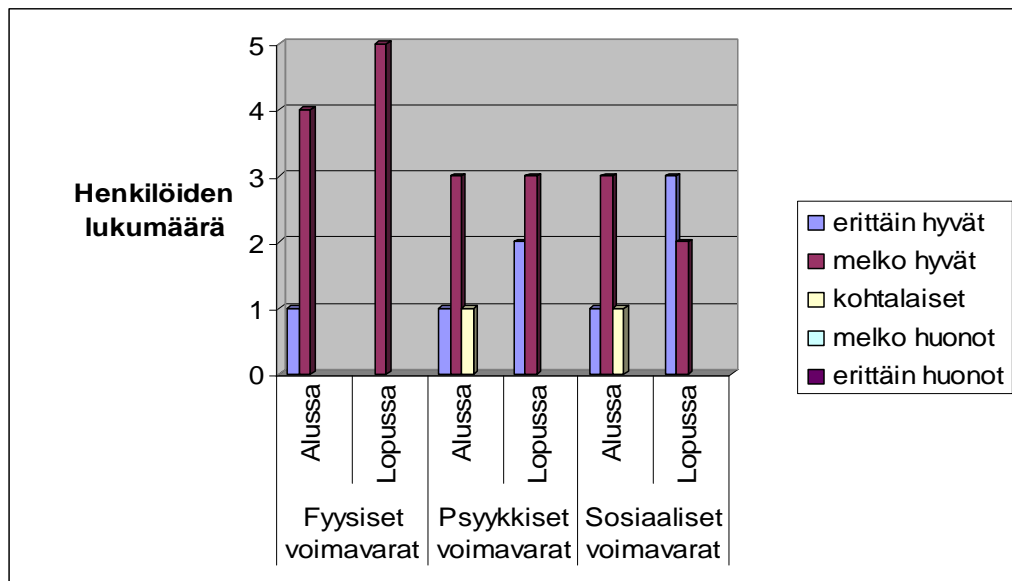
Kehonkuvassa ei ollut kolmella ryhmäläisellä tapahtunut suuria muutoksia, pieniä muutoksia heilläkin oli vastauksissa. Kahdella muulla kehonkuvassa oli tapahtunut selkiintymistä ja kehon tiedostamisen lisääntymistä. Tiedostaminen näkyi siten, että he molemmat osasivat nimetä enemmän eroja kehonpuoliensa kesken. Toisella heistä oli tapahtunut muutos itsensä ja kätensä sekä pään koon kokemuksissa ja kehon keskipiste oli siirtynyt ja toinen oli kokenut alussa kehon jäykäksi, mutta lopussa hän piti kehoaan jo ihan mukavana sekä pystyi kuvailemaan monipuolisemmin sitä, miltä kehossa tuntuu eri tunnetiloissa. Lopussa kaikki ryhmäläiset joko pitivät kehostaan tai tulivat sen kanssa toimeen.

Kysyttäessä siitä, onko kokenut kehonkuvan muuttuneen ryhmän aikana, vastauksissa ilmeni ryhmän kesken seuraavia asioita: keskivartalon vahvistumista, rentoutumiskyvyn paranemista, nopeampaa reagointia erilaisiin tuntemuksiin, kehonkuva selkiintymistä sekä huomion kiinnittämistä jalkojen ja lantion asentoon.

5.3.8 Voimavarat

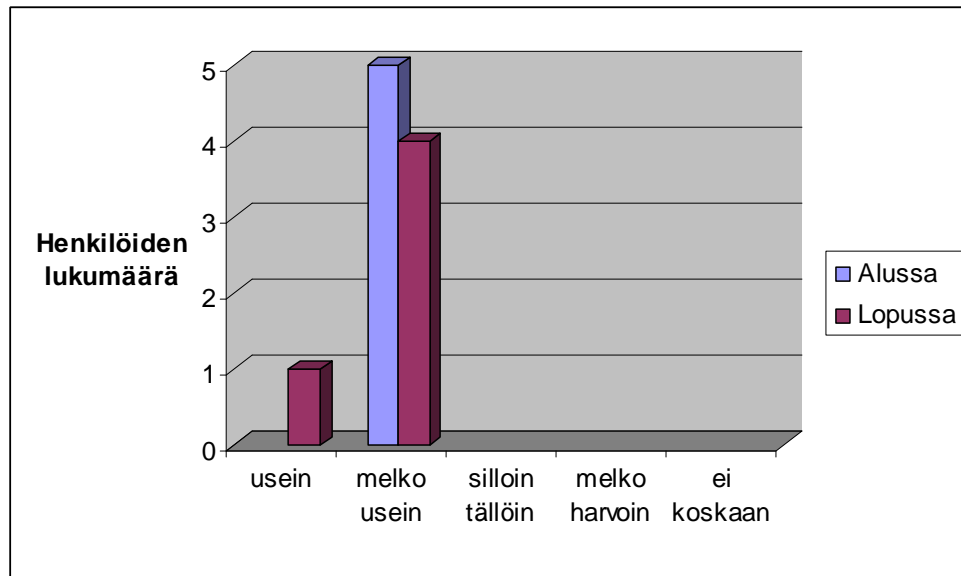
Voimavaroja kartoitettiin kyselylomakkeen avulla. Yleisesti ryhmäläiset kokivat voimavaransa erittäin hyviksi, melko hyviksi ja kohtalaisiksi. Fyysiset voimavarat olivat hiukan heikentyneet. Psykkisissä voimavaroissa oli huomattavissa pientä parannusta ja sosiaalisissa voimavaroissa tapahtui eniten kehitystä, loppukyselyssä jopa kolme ryhmäläistä koki sosiaaliset voimavaransa erittäin hyviksi.

Kuvio 4. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat



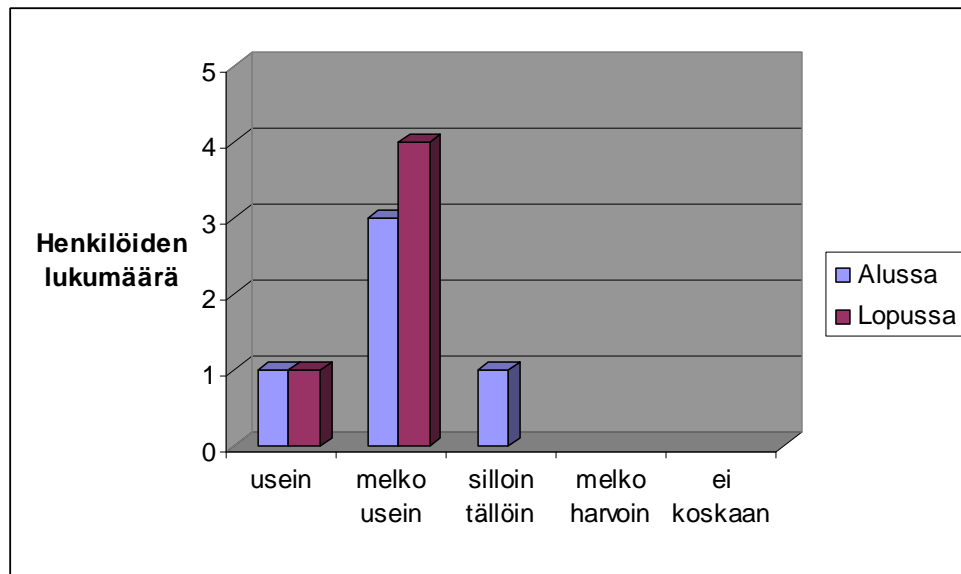
Päivittäisistä toiminnoista nauttiminen oli lisääntynyt yhdellä ryhmäläisellä. Muilla ei muutosta ollut havaittavissa.

Kuvio 5. Oletko viime aikoina pystynyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne?



Toimeliaisuus ja vireys olivat lisääntyneet yhdellä ryhmäläisellä. Muilla ei muutosta ollut tapahtunut.

Kuvio 6. Onko sinulla ollut toimelias ja vireä olo viime aikoina?



5.3.9 Palaute

Palaute ryhmästä oli positiivista. Kaksi koki ryhmän vastanneen odotuksiaan, yksi kertoi odotuksien jopa ylittyneen ja kahdella ei ollut ryhmää kohtaan varsinaisia odotuksia, mutta hekin pitivät ryhmää positiivisena kokemuksena. Ryhmäläisten omat

tavoitteet olivat toteutuneet kolmella, yhdellä kohtalaisesti ja yhtä harmitti, että rentoutumisharjoituksia ei ollut tullut tehtyä kotona. Kaikki kokivat ryhmän ilmapiirin hyväksi tai erittäin hyväksi. Kaikki olivat myös sitä mieltä, että heidän oli helppoa kertoa tuntemuksistaan ryhmässä. Neljän ryhmäläisen mielestä ryhmä oli sopivan kokoinen ja yhden mielestä olisi voinut olla vähän suurempikin.

Ryhmäläiset kertoivat kokemuksia kehontuntemuksen lisääntymisestä. Kaksi kertoi tarkkailevan kehoaan enemmän, toinen yleisesti ja toinen erityisesti asennon osalta. Yksi tunsi rentoutumisen olevan nyt helpompaa ja yksi kertoi tiedostavansa paremmin jännittyneisyyden ja rentouden eron. Yksi kertoi taas reagoivansa tuntemuksiinsa nopeammin ja miettivänsä niihin ratkaisua. Kaikki kokivat rentoutukset tärkeimmiksi harjoitteiksi. Muita tärkeiksi koettuja harjoitteita olivat kosketteluharjoitteet, venyttelyt, rintarangan liikkuvuutta lisäävät tuolissa toteutettavat harjoitteet ja hengitysharjoitteet. Lisäksi kaksi kertoi ryhmässä pidettyjen tietoisuuksien olleen hyödyllisiä. Yksi kaipasi lisää neuvoja asentovirheiden korjaamiseen ja yksi venyttelyihin ja yksi ehdotti, että jotain syvävenyttelytekniikkaa voisi jatkossa kokeilla. Kolme oli jo tehnyt harjoitteita kotona ja kaikilla oli tarkoitus jatkaa kotona harjoittelua. Kaikki ryhmäläiset olivat kiinnostuneita osallistumaan syventävään kehontuntemusryhmään. Ryhmäläiset olivat sitä mieltä, että ohjaajat olivat asiansa osaavia, rennosti ja tämän hetkiselä asiantuntemuksella mukana, hyväntuulisia, innostuneita, kivoja, myönteisiä ja fiksuja. Ohjaajien suunta oli oikea ja yksi toivoi vielä lisää henkilökohtaisempaa otetta. Yksi ryhmäläinen oli iloinen, että opiskelijat saavat ja uskaltavat toteuttaa tällaista ryhmää. Lisää vain harjoitusta oli neuvona yhden palautteessa.

Viimeisellä kerralla pidettiin palautekeskustelu, jossa ryhmäläiset ehdottivat kehontuntemusryhmää osaksi oman yrityksensä TYKY toimintaa, heidän mielestään ryhmä voisi olla jatkuva. He kokivat ryhmän hyvänä keinona hiljentyä ja rentoutua työpäivän jälkeen. Ryhmän jälkeen olo oli virkeämpi illan puuhissa. Ryhmäkertojen rakenteen ja ryhmän koon (5 henkilöä) he kokivat toimiviksi. Kaikkien mielestä ryhmään voisi kuitenkin ottaa myös pari henkilöä enemmän. Ryhmäläiset olivat sitä mieltä, että ryhmä oli ollut rento ja levollinen ja siellä sai äänensä kuuluviin. Poissaolot harmittivat montaa ryhmäläistä. Harjoituksista olemassaolon muotoja käsittelevä harjoitus oli ollut vaikea ja rintarangan liikkeitä tehokkaita. Lisäksi ehdotettiin myös tasapainoryhmän perustamista.

5.4 Kehittämisideoita syventävän kehontuntemusryhmän avuksi

Kehittämisideoita pohdin ryhmäläisten palautteen, ryhmäkertojen keskustelujen sekä ryhmäläisten havainnoimisen perusteella. Kaikki viisi loppukyselyyn vastannutta olivat kiinnostuneita osallistumaan syventävään kehontuntemusryhmään, joten sellaisella ryhmällä olisi tarvetta. Kuten ryhmäläiset toivoivat, ryhmä voisi olla jatkuva ja sopisi hyvin osaksi TYKY-toimintaa. Ryhmäläisten mukaan yksi ryhmäkerta viikossa olisi hyvä, koska sen pystyisi sovittamaan muihin menoihin eikä siten poissaoloja kertyisi paljoa. Ryhmäläisiä voisi ottaa mukaan ryhmään noin 7 henkilöä, näin keskusteluihin saisi vielä enemmän erilaista näkökulmaa, mutta kaikki saisivat kuitenkin äänensä kuuluviin.

Ryhmäläisten palautteen mukaan ryhmäkertojen rakenne oli toimiva, joten jatkossakin voisi jatkaa samanlaisella mallilla. Erityisesti alku- ja loppukeskustelut ryhmäläiset kokivat tärkeinä. Alkukeskustelussa sai aluksi purkaa ajatuksia työpäivän jälkeen ja usein keskusteltiin ensin hiukan siitä, mitä kullakin oli mielen päällä, usein asiat liittyivät työhön. Ryhmäläiset kertoivatkin, että tämän jälkeen oli helpompi keskittyä itse asiaan. Alkukeskustelun lopussa kukin sai kertoa viikon kuulumiset myös kehontuntemuksen osalta.

Seuraavaksi tehtiin kehontuntemusharjoitteita ja pidimme noin 10–15 minuuttia pitkän tietoiskun. Aiheita tietoiskuissa olivat muun muassa kosketus, uni ja hengitys (Liite 8). Näitä tietoiskuja kannattaa jatkaa, koska niistä ryhmäläiset saivat tukea harjoitteisiin ja osaksi myös uutta tietoa. Varmasti löytyy vielä monia muita aiheita kehontuntemukseen liittyen, joita emme käsitelleet vielä tässä ryhmässä ja jo käsiteltäviä asioita voisi lisäksi syventää. Hyviä aiheita saa myös tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksesta. Käytetyistä kehontuntemusharjoitteista on lista liitteenä. Lisäksi liitteestä löytyy myös vinkkejä harjoitteisiin, joita emme vielä kokeilleet (Liite 8). Harjoitteisiin saisi monipuolisuutta ottamalla mukaan harjoitteita esimerkiksi Feldenkraisista, joogasta tai muista psykofyysisen fysioterapian menetelmistä (Liitteet 9 ja 10). Myös mielikuvituksen käyttö on sallittua ja voi itse pyrkiä kehittämään uusia harjoitteita. Kuitenkin tulee muistaa, ettei ota liian vaikeita harjoitteita, ettei kaikki keskittyminen menisi liikkeen oppimiseen, vaan pystyisi yksinkertaisissa liikkeissä harjoittamaan tietoista läsnäoloa.

Viimeisenä pidimme ryhmässä rentoutusharjoituksen ja loppukeskustelun. Ensin ajattelin, että syventävässä kehontuntemusryhmässä voisi siirtyä enemmän aktiivisempien harjoitteiden suuntaan ja jättää rentoutukset vähemmälle, mutta ryhmäläisten palautteen perusteella rentoutuksia olisi hyvä jatkaa, koska kaikki kokivat rentoutukset tärkeiksi harjoituksiksi. Erityisesti työpäivän jälkeen ryhmäläiset kaipasivat pientä rentoutumishetkeä. Siirtyminen aktiivisempien harjoitteiden suuntaan kannattakin jättää myöhemmällä ja miettiä sitä vasta kun harjoittelu on jo pitkällä, kun kehontuntemusta on harjoittanut jo monien vuosien ajan. Suurin osa ryhmäläisistä oli kuitenkin kehontuntemuksen harjoittamisessa vielä alkutaipaleella. Loppukeskustelussa kannattaa kartoittaa ja pohtia yhdessä ryhmäläisten tuntemuksia harjoitteista. Haastaviksi asioiksi koin keskustelun pitämisen ”oikeilla” raiteilla ja vielä vaikeammalta tuntui keskustelun lopettaminen ajan loppuessa. Näistä asioista saavat tulevat ryhmänohjaajatkin haasteita.

Olen myös ehdottomasti sitä mieltä, että ryhmässä olisi hyvä olla kaksi ohjaajaa. Näin työtä ei kasaudu liikaa yhdelle ja saa erilaista näkökulmaa ja uusia ideoita ryhmän toteutukseen. Asia oli minulle työn teon alussa aika uusi ja koin toisen ohjaajan sekä ohjaavan opettajan tuen tärkeäksi.

Alku- ja lopputestauksissa löytyy myös paljon kehitettävää. Olisi hyvä, että sama henkilö suorittaisi sekä alku- että lopputestauksen. Tällä kertaa yhden henkilön kohdalla se ei onnistunut. Myös henkilökohtaisemman palautteen osalta olisi mielestäni hyvä, jos alkutestauksen tehnyt henkilö olisi myös ryhmän aikana päävastuussa henkilökohtaisemman palautteen antamisesta. Valitsemamme testit toimivat hyvin mutta voisi ajatella myös muita vaihtoehtoja ja kartoittaa erilaisia testejä tarkemmin. On mahdollista valita myös monista muista testeistä ja menetelmistä esimerkiksi BAS-testi, BAS-H-testi, BARS-testi ja haastattelu. Ryhmä alkoi kuitenkin aika nopeasti sen jälkeen, kun päätin lähteä mukaan projektiin enkä ehtinyt pohtimaan testien valintaa kovin syvällisesti. Testien valintaan ja niiden toteuttamisen harjoitteluun kannattaisi keskittyä vielä tarkemmin.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Suuri luotettavuuteen vaikuttava tekijä on otoksen koko, joka tässä tutkimuksessa oli kyselylomakkeen osalta viisi henkilöä ja muiden testien osalta neljä henkilöä. Otos on hyvin pieni, joten siitä ei pystytä tekemään yleisesti päteviä johtopäätöksiä. Tulosten arviointia lukiessa tulee muistaa, että johtopäätökset pätevät vain tutkitun joukon sisällä, ja niitäkin tulee tarkastella luotettavuus kappaleessa käsiteltävät seikat huomioiden ottaen.

Kehontunteusryhmän alku- ja loppututkimusten luotettavuuteen vaikuttivat monet tekijät. Alkutestauksissa oli minun lisäksi testaamassa kaksi muuta fysioterapian opiskelijaa ja lopputestauksessa heistä vain toinen oli tekemässä testejä. Yhdellä henkilöllä oli siis lopputesteissä eri testaja kuin alkutestauksessa. Testajan vaihtuminen saattoi vaikuttaa tuloksiin. Toisaalta myös se, että testajia oli alkutesteissä kolme ja lopputesteissä kaksi, vaikutti tulosten luotettavuuteen, koska testien suorittamisessa, kuten ohjeistuksessa ja havainnoinnissa oli pieniä eroja testajien välillä. Vähäisen testauskokemuksen vuoksi myös saman mittajaan tekemien testien tekotavassa saattoi olla eroja alku- ja loppututkimuksen kesken. Pyrkimys oli tietenkin suorittaa testit aivan samanlailla sekä alussa että lopussa. Lopputestaustilanne tuntui kuitenkin rennommalta, koska tunti jo ryhmäläiset hyvin ja testit oli tehty kertaalleen.

Oppitunneilla olemme näitä testauksia harjoitelleet, mutta oikeastaan vain asennon arviointia olen toteuttanut käytännön harjoitteluissa useasti. Hengitysliikkeen paikallistamisen arviointia sekä juostavuustestiä kukaan testajista ei ollut käytännön harjoitteluissa suorittanut. Ennen testauksia kävimme kuitenkin testit ja lomakkeen läpi ja harjoittelimme niitä toisillemme, joka lisäsi luotettavuutta.

Testauksessa luotettavuutta heikentävä tekijä oli myös se, että päätimme tehdä arvioinnin niin, että asiakkaalla on aluspaita päällä ja housut jalassa, koska ryhmätilamme ei taannut suurta yksityisyyttä. Tämä tekijä vaikutti erityisesti asennon arvioinnissa, rintakehän liikkuvuuden mittauksessa ja hengityksen paikallistamisessa. Alkutestauksessa kaksi testattavaa näki toisensa testien aikana ja yksi oli verhon takana. Henkilöi-

den, jotka näkivät toisensa, keskittymistä testaukseen saattoi häiritä toisen testattavan läsnäolo. Testejä tehdessämme meillä ei ollut sanatarkkaa ohjetta siitä, miten ohjeistamme asiakasta esimerkiksi asettumaan joustotestissä tai asennon arvioinnissa. Pääosin uskon kuitenkin ohjeistuksen olleen samanlainen niin testaaajien kesken kuin alku- ja lopputestien keskenkin, joten tästä ei testeissä varmaankaan suuria virheitä tuloksiin tullut.

Eniten luotettavuutta heikensi kokemattomuutemme joustotestissä ja hengityksen paikallistamisessa. Itse tunsin erityisen haastavaksi hengityksen pää- sekä apuliikkeen erottamisen. Hengitysliike kokonaisuudessaankaan ei ole kovin suuri ja siitä tulisi erottaa suurempi ja pienempi liike. Myös joustotestissä itselleni vaikeuksia tuotti se, että yhdestä liikkeestä tulisi havainnoida samaan aikaan kolmea asiaa: joustavuutta, jatkoliikettä ja asiakkaan omaa aktiivisuutta. Asiakkaan oma aktiivisuus tuntui helpolta huomata mutta joustavuus ja jatkoliike olivat vaikeampia. Joustotestissä Bunkanin voimavarojen arviointilomakkeen täytössä oli ongelmia. Yksi testaja oli kirjoittanut arvionsa sanallisesti eikä annetun ohjeistuksen mukaan. Myös minulla oli alussa vaikeuksia taulukon ymmärtämisessä, sitä olisi pitänyt tutkia vielä tarkemmin ennen alkutestausta. Nämä tekijät heikensivät joustavuustestin luotettavuutta.

Kyselytutkimuksiin liittyvä heikkous kokonaisvaltaisen kehonkuvan kannalta on, että ne mittaavat vain kapea-alaisesti yhtä kehonkuvan jäsentämistapaa ja vastaaja voi joutua käyttämään hänelle epäluontaisia arviointiulottuvuuksia. Hän ei voi tuoda esille vapaasti kehoon liittyviä mielikuvia, vaan joutuu valitsemaan näkökulmansa tutkijan valitsemissa rajoissa. (Hakanen & Blinnikka 1990, 52.) Näillä tekijöillä oli vaikutusta kyselytutkimuksen luotettavuuteen. Teimme kyselylomakkeen kuitenkin niin, että pyrimme saamaan siitä monipuolisen. Siinä oli sekä valmiita vastausvaihtoehtoja että kysymyksiä, joihin sai vastata omin sanoin. Omin sanoin vastatessa ryhmäläiset saivat varmasti tuoda esille omia näkemyksiään paremmin, kuitenkin meidän kysymystemme asettamissa rajoissa. Palaute osio koostui pelkästään avoimista kysymyksistä. Lisäksi pyrimme tekemään kyselylomakkeista tiiviitä siten, että aika riittäisi hyvin niiden täyttöön. Ryhmäläiset täyttivät kuitenkin lomakkeen erilaisella tahdilla ja varmasti viimeisellä täyttäjällä tuli hiukan kiire lomaketta täyttäessä, kun muut olivat jo valmiita. Muita ryhmäläisiä olisi voinut pyytää pohtimaan kysymyksiä pidempään, jos näin olisi saanut hieman laajempia vastauksia. Toisaalta kun tällaista ohjetta ei annettu, vastauksia ei myöskään väkisin ollut pitkitetty, oleelliset asiat tulivat esille.

6.2 Tulosten arviointi

Tukipinta-alan laajeneminen oli yksi merkittävimmistä tutkimustuloksista. Laajeneminen viittaa parantuneeseen ankkurointiin, asento on tasapainoisempi ja rennomp. Keskimääräinen 4,75 cm:n muutos kantapäiden välisessä etäisyydessä on jo hyvin suuri. Näin suureen muutokseen on voinut vaikuttaa myös esimerkiksi ryhmäläisten jännittäminen alkutestaustilanteessa ja rennomp. asento lopputestauksessa. Muuten tällainen muutos noin lyhyessä ajassa vaikuttaa mahdottomalta. Yleisesti näin lyhyessä ajassa suuret asennon muutokset eivät ole odotettuja, eikä muuten asennossa juuri muutoksia tapahtunutkaan.

Rentoutumiskyky parani puolella ryhmästä. Rentoutusharjoituksia teimme paljon, joten oli mukavaa huomata, että niillä oli vaikutusta. Mielestäni rentoutumiskyvyn osalta erityisen tärkeää on oma kokemus kyvystä rentoutua. Loppukyselyssä osa ryhmäläisistä koki pystyvänsä rentoutumaan paremmin ja tunnistamaan paremmin jännittyneisyyden ja rentouden eron. Kokemukset kertovat suuresta edistymisestä kehontuntemuksen osalta.

Joustavuustestissä yllätyin siitä, kuinka hyvin testillä saatiin aktiviteetin ja jatkoliikkeiden muutokset esille. Suurimmalla osalla ryhmäläisistä jatkoliikkeet olivat pieniä tai niitä ei löytynyt ollenkaan ja he avustivat ainakin osassa testiliikkeistä. Myös rajoittunutta joustavuutta löytyi kaikilta ryhmäläisiltä. Kyseessä oli terveiden työikäisten ryhmä ja nämä löydökset viittaavat siihen, että myös heillä olisi kehontuntemuksessa kehitettävää. Vaikka testitulosten luotettavuus oli kyseenalainen niin testistä voi päätellä, että kehontuntemusharjoitteilla pystytään vaikuttamaan kehontuntemuksen lisäämiseen.

Hengityksessä tapahtui pieniä positiivisia muutoksia, jotka tarkoittavat sitä, että hengityksessä käytettiin enemmän palleaa hyväkseen ja jännitykset kaulan ja hartoiden seudulta vähenivät eikä hengitys ollut enää yhtä rintakehään painottunutta. Suurin muutos tapahtui hengitettäessä makuuasennossa apuliikkeiden osalta, tällöin suurin osa ryhmäläisistä pääsi lähemmäksi palleahengitystä. Rintakehän liikkuvuus heikentyi, mikä toi pientä ristiriitaa tuloksiin. Kuitenkin rintakehän liikkuvuuden arvot olivat lähellä normaaliarvoja niin alussa kuin lopussakin. Keskityimme monissa harjoituksissa ryhmässä löytämään palleahengitystä.

Jännittyneisyyspiirroksessa yhdellä ryhmäläisellä ilmeni paljon lihaskäntätyksen ja särkyjen vähentymistä. Näillä tekijöillä on suuri positiivinen vaikutus hänen arkielämänsä.

Eniten ongelmia ryhmäläiset kokivat lihaskäntätyksessä sekä alussa että lopussa. Joten syventävässä ryhmässä olisi hyvä keskittyä juuri näihin ongelmiin. Määrällisesti ongelmat olivat vähentyneet lopussa asennon ja lihaskäntätyksen osalta. Hengityksen ja joustavuuden ongelmissa ei muutosta ollut tapahtunut, joten lisäksi tulisi vielä keskittyä harjoittamaan enemmän joustavuutta ja hengitystä. Toisaalta vain yksi henkilö ilmoitti kyselyssä näistä ongelmista, mutta viiden hengen otoksessa sekin on paljon. Myös joustavuustestin perusteella joustavuuden harjoittamiseen olisi hyvä keskittyä.

Kahdella oli tapahtunut kehonkuvassa selkiintymistä ja kehon tiedostamisen lisääntymistä. Mielestäni muutokset olivat suuria näin lyhyessä ajassa. Oli yllättävää, että he osasivat kirjata ylös paljon enemmän eroja kehonpuoliensa kesken loppukyselyssä. Erityisesti toisen kokema kehon keskipisteen muuttuminen ja toisen kokemus alussa jäykästä kehosta ja lopussa ihan mukavasta kehosta olivat merkittäviä muutoksia. Normaalin aikuisen kehonkuvaa luonnehditaan kirjallisuudessa kiinteäksi, mutta joustavaksi ja realistiseksi (Hakanen & Blinnikka 1990, 39–40) (Hämäläinen & Kekoni 2006, 173–174). Tältä vaikuttivat ryhmäläisten kehonkuvat kyselyn perusteella. Joskin minua jäi mietityttämään, mitä tällä kiinteällä tarkoitetaan ja voidaanko tällaisetkin suuret muutokset laskea kuuluvan kiinteään kehonkuvaan.

Voimavarojen osalta merkittävä muutos positiiviseen suuntaan tapahtui sosiaalisten voimavarojen osalta. Tästä voimme ajatella, että ryhmä kasvatti osallistujien sosiaalisuutta. Ryhmässä keskusteltiin paljon ja tehtiin harjoitteita parin kanssa. Kuitenkin tähän voi vaikuttaa myös elämäntilanne ja muut ihmissuhteet ja tapahtumat elämässä. Muuten voimavarat pysyivät suunnilleen samanlaisina.

6.3 Kirjallisuuskatsaus ja kehontuntemusryhmä

Ensimmäinen asia, johon törmäsin työtäni aloittaessa, oli kehontuntemusta koskevien käsitteiden epäselvyys. Käsitteissä on paljon päällekkäisyyksiä, samaan asiaan voi-

daan viitata monella eri sanalla ja toisaalta yhdelle asialle samaa tarkoittavia sanoja on useita. En koe, että työni selventäisi näitä käsite-epäselvyyksiä, mutta olen yrittänyt parhaani mukaan selvittää lukijalle tärkeimpiä ja kirjallisuudessa käytetyimpiä käsitteitä. Pääosin nojaan Roxendalin lanseeraamiin käsitteisiin. Lisävaikeutta on tuonut työhön se, että lähteissäni käsitteitä käsiteltiin suomen lisäksi ruotsiksi ja englanniksi ja myös kaikissa kielissä käsitteiden erot näkyivät.

Kosken mukaan terapeutin ei tulisi esittää ratkaisuja oman ihmiskäsityksensä perusteella (Koski 2003, 18). Tähän ongelmaan tulen törmäämään varmasti useasti työurani varrella. Jokaisen asiakkaan kohdalla tulee pohtia asioita hänen kannaltaan. Itselle liikunta on osa elämää ja terveys yksi tärkeimmistä arvoista. Asiakkaiden ihmiskäsitys, maailmankuva ja elämän arvot voivat olla aivan erilaiset kuin omani. Siitä seuraa varmasti suuria haasteita fysioterapeutin työhön, erityisesti asiakkaiden motivointiin harjoitteluun ja kuntoutukseen.

Kehon tärkeys ilmenee vasta, kun jokin on vikana, sairastuu tai saa jonkin vamman. Mielestäni olisi tärkeää saada kehon arvostusta kasvamaan ihmisten keskuudessa siten, että myös terveet ihmiset osaisivat olla onnellisia terveestä kehostaan. Olen Vainion kanssa tehnyt saman havainnon, että nykyään ihmiset odottavat täydellistä terveyttä ja myös minä itse syyllistyn siihen. Ei tarvita kuin pieni kolotus tai päänsärky ja olen jo lääkärillä sitä valittamassa. Tätä ennen olen harvoin ajatellut, että jotkut ihmiset todella elävät jatkuvan piinaavan kivun varjossa. Toisaalta asia on niin, että kun menee ajoissa näyttämään vaivaansa, se ei ehdi kroonistumaan. Asialla on kaksi puolta. Kuten Vainiokin toteaa, lääketiede ylläpitää täydellisen terveyden odotusta, harvat nykyään kohtaavat kipunsa. Länsimaissa kipu poistetaan, sitä ei tunnusteta ja kohdata. Vainio kertoo, että kehityspsykologinen ajatus, että ilman lääketieteellistä selitystä jäänyt kipu on vaste varhaisiin vaillejäämisen kokemuksiin, on saanut vahvistusta aivokuvantamistutkimuksista. Kehomme muistaa siis enemmän kuin mieleemme. Tässä on vaikea lähtökohta hoidolle. Hoidossa tulisi löytää yhteinen kielellinen ja symbolinen merkitys oireelle, jotta potilas saa elämänsä kokoon ja pystyy jatkamaan sitä. Terapeutin ja potilaan koko persoonallisuutta tarvitaan hoidon onnistumisessa. (Vainio 2007, 188–189.) Mielestäni koko persoonan käyttö työssä voi kuitenkin olla hyvin raskasta ja on tärkeää, että myös työssä jaksamiseen kiinnitetään huomiota. Mielestäni fysioterapeuteilla tulisi kehittää erityisesti työnohjausta. Työnohjauksen hyödyllisyys ja tarve tulivat esille myös muutamassa käsittelemässäni tutkimuksessa. Gyllenstenin,

Gardin, Hansonin ja Ekdahlin (2000) tutkimuksessa ohjaus koettiin avuksi reflektoinnissa (Gyllensten, Gard, Hanson & Ekdahl 2000, 157–167). Sekä Gyllenstenin, Gardin, Salfortin ja Ekdahlin (1999) tutkimuksessa olleet fysioterapeutit kertoivat ohjauksen tarpeesta, jotta pystyisivät käsittelemään vuorovaikutustilanteita paremmin. Ohjauksen toteuttajaksi ehdotettiin kokenutta kollegaa. (Gyllensten, Gard, Salfort & Ekdahl 1999, 89–109.)

BK harjoittelun koin toimivaksi tekniikaksi ja se sopi hyvin aloittelijoille yksinkertaisten harjoitteidensa puolesta. Jo näissä yksinkertaisissa harjoitteissa tuntui kuitenkin olevan haastetta ryhmäläisille, erityisesti rennon virtaavan liikkeen löytäminen oli vaikeaa. BK:n teoreettinen pohja selkeni minulle työtäni tehdessä ja teorian tarjoamat ajatukset tuntuivat toimivan myös käytännössä, joskin olemassaolon neljä muotoa ryhmäläiset kokivat vaikeaksi. Niiden ymmärtäminen vaatiikin rauhallista pohdiskelua. Ankkurointia, keskilinjaa, liikekeskusta, virtausta, hengitystä ja tietoista läsnäoloa tuntui aluksi haastavalta ohjata harjoitteissa, mutta jo parin ohjaukserran jälkeen niitä sai sisällytettyä ohjeistukseen.

Ryhmän ohjaaminen yhtä aikaa työtä tehdessäni tuntui olevan koko työn tärkein asia. Ilman käytännön kokemusta työ olisi jäänyt paljon pintapuolisemmaksi. Kun lähdin opinnäytetyötäni tekemään, oletukseni oli, että monilla aivan terveillä ihmisillä on paljon kehittämistä ja ehkä myös pieniä ongelmia kehontuntemuksensa kanssa. Tämän oletuksen koin oikeaksi ryhmää vetäessäni. Kehontietoisuuden, kehonhallinnan ja liikemallien kehittäminen ja pohtiminen eivät ole tarkoitettu vain niille, joiden ongelmat näillä osa-alueilla ovat erittäin vaikeita. Terveenkin ihmisen elämässä monet erilaiset henkiset ja fyysiset rasitukset tai myös liian vähäinen liikunta tai haastamaton työ saavat aikaan kehontuntemuksen heikkenemistä. Nykyaikana omasta kehostaan vieraantuminen käy koko ajan helpommaksi, tietotyön ja kiireen lisääntyessä ja kehoisten haasteiden sekä rauhallisen itsensä kanssa olemisen ja itsensä havainnoimisen vähentyessä. Itsestäni olen havainnut, että kun kokoaikaiseen menemiseen ja tekemiseen tottuu, tuntuu hyvin vaikealta pysähtyä, joskus pysähtyessä tuntuu kuin ei olisi enää olemassa ollenkaan.

Kehontuntemusryhmäharjoittelua voisi mielestäni soveltaa hyvin myös muihin ryhmiin. Usein tällainen harjoittelu mielletään juuri keski-ikäisten naisten tai psyykkisesti sairaiden harjoittelumuodoksi. Kehontuntemusharjoittelua voisi käyttää postoperatiiv-

visessa hoidossa, jotta leikatut potilaat löytäisivät oikeita, mahdollisimman tehokkaita liikemalleja uudenaikaisessa tilanteessa. Kehontuntemusharjoittelusta voisivat innostua henkilöt, joita ei niin sanottu raskas liikkuminen, kuten kuntosali tai lenkkeily kiinnostaa. Näin hekin ehkä saisivat kipinän liikuntaan ja hiukan liikettä kehoonsa. Työuupuneille harjoittelu sopii varmasti, mutta ei tulisi unohtaa myöskään opiskelijoita. Uudelle paikkakunnalle muuttavan opiskelijan, joka ei ole kiinnostunut varsinaisista liikuntaryhmistä voi olla vaikeaa löytää itselleen harrastusta, ja kuten tutkimuksessa todettiin tällaisella harjoittelulla voi lisätä sosiaalisia voimavaroja. Jo lukioaikana tunnetut oppilaat voivat palata loppuun. Työterveyshuollon lisäksi kouluterveydenhuollossa voitaisiinkin ohjata asiakkaita kehontuntemusryhmiin. Eli ryhmien perustamisen lisäksi vaadittaisiin tehokasta ryhmien ohjaamista. Näillä keinoilla voisi yhteiskunnan varoja säästyä kun vältettäisiin kalliiden psykiatrisien lääkkeiden käyttöä ja puututtaisiin tilanteeseen ajoissa, myös työssäoloikä voisi nousta. Tämä vaatisi tiivistä yhteistyötä fysioterapeuttien, lääkäreiden ja terveydenhoitajien kanssa. Yhteiskunnassa uupuneiden määrä kasvaa ja lääkkeiden käyttö lisääntyy. Tämä voisi olla yksi keino, millä tätä kehitystä voitaisiin ehkäistä.

Kaikkien ryhmäläisten palaute ryhmästä oli positiivista. Ja oli mukavaa huomata, että kaikki olisivat mielellään jatkaneet syventävään kehontuntemusryhmään. Kuten ryhmäläisetkin palautteessa totesivat, ohjaajien suunta oli oikea ja lisää vain harjoitusta! Juuri tältä minustakin tuntui ryhmän päätyttyä. Tarvitaan paljon käytännön harjoitusta ja vankkaa omaa kehontuntemusta, että pystyy onnistuneesti ohjaamaan kehontuntemusryhmää.

6.4 Jatkotutkimuksia

Kehonkuvan tutkimus on merkinnyt suurelta osin vain vakavimpien kehonkuvan häiriöiden kuten anorexia nervosa ja skitsofreniapotilaiden tutkimista. Normaalista kehonkuvaa on tutkittu vain vähän. (Hakanen & Blinnikka 1990, 51.) Kehonkuvaa tulisikin tutkia myös terveillä ihmisillä. Minusta tuntuu, että myös siltä alueelta voisi löytyä mielenkiintoisia eroja kehonkuvassa ihmisten kesken sekä normaalista kehonkuvasta poikkeavia tuloksia. Ensiksi olisi kuitenkin vielä hyvä selvittää tarkemmin mitä normaalilla kehonkuvalla tarkoitetaan, mitkä piirteet kehonkuvassa ovat terveille

ihmisille yhteisiä, missä on eroavaisuuksia ja onko normaalia kehonkuvaa ylipäättään olemassa.

Minusta tuntuu, että kehontuntemuksen osalta ehkäisevää kuntoutusta näyttää olevan hyvin vähän ja kehonkuvaa vahvistavaa harjoittelua ei tarjota ennen kuin voi olla jo liian myöhäistä. Tulisikin kehittää kehontuntemusharjoittelun tarjontaa terveille ihmisille vielä entisestään. Tällä hetkellä onkin mielestäni kehontuntemusharjoittelun nousukausi menossa ja tarjonta erilaisista tekniikoista lisääntyy koko ajan. Tutkimuksia voisikin tehdä myös muiden kehontuntemustekniikoiden harjoittamisen toimivuudesta ja tehokkuudesta.

Muita hyviä jatkotutkimusaiheita olisi syventävän kehontuntemusryhmän ohjaaminen ja siitä raportointi. Myös tarkempien testausten suorittaminen, esimerkiksi parhaiten soveltuvien testausten miettiminen, testauksiin tarkkojen suullisten ohjeiden laatiminen ja muidenkin testaukseen liittyvien tekijöiden vakiointi olisi mielenkiintoista ja näin saataisiin luotettavampia tuloksia. Lisäksi voisi esitellä erilaisia kehontuntemusta testaavia testejä. Psykofyysisen fysioterapian käytön laajuuden kartoitus esimerkiksi Jyväskylän seudulla olisi hyvä tehdä. Minulla oli myös alussa tarkoitus haastatella kahta psykofyysistä fysioterapiaa työssään käyttävää ja siihen koulutuksen saanutta fysioterapeuttia. Heiltä voisi saada tietoa kehontuntemusharjoittelun tarpeesta fysioterapeuttisessa työssä nyt ja kartoittaa heidän ajatuksiaan tulevaisuuden näkymistä.

Lisäksi minulle nousi ajatus fysioterapeuttien työssä jaksamisen ja työnohjauksen saamisen tutkimisesta. Voisi kartoittaa fysioterapeuttien kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

LÄHTEET

- Ahonen, J. 2007. MP Power Pilates – harjoittelulla voiman tasapainoon. Jyväskylä:Gummerus.
- Bartal, L. & Ne’eman, N. 2001. Movement awareness and creativity. Great Britain, Huddersfield: H. Charlesworth & Co.
- Basal Kroppskännedom – rörelser för hälsa och vitalitet. Video.
- Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen – En osynlig övning.
- Dropsy, J. 1975. Leva i sin kropp – Kroppsuttryck och mänskig kontakt. 2. painos.
- Franssila, P. 2007. Fysioterapialla mahdollisuus rakentaa kehollista eheyttä. Fysioterapia 1, 18–21.
- Gyllensten, AL. 2001. Basic Body Awareness Therapy. Lund: Studentlitteratur.
- Gyllensten, AL., Gard, G., Salfort, E. & Ekdahl, C. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist’s perspective. Physiotherapy Research International 4, 89-109.
- Gyllensten, AL., Gard, G., Hanson, L. & Ekdahl, C. 2000. Interaction between patient and physiotherapist in psychiatric care – reflecting the physiotherapist’s perspective. Advances in Physiotherapy 2, 157–167.
- Hakanen, A. & Blinnikka L.-M. 1990. Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaaliruumiinkuvasta. Turun yliopisto. Psykologian tutkimuksia. Turun yliopiston psykologian laitos. Turun yliopiston offsetpaino 1991.
- Hyypä, M. 1982. Kivun kasvot. Vaasa: Vaasa Oy.
- Hyypä, M. 1986. Ruumiinkieli. Keuruu: Otava.
- Hyypä, M. 1997. Tunteet ja oireet – Uusin psykosomatiikka. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hämäläinen, H. & Kekoni, J. 2006. Tunto ja kehonkaava. s. 167–176. Teoksessa Mieli ja aivot. Toim. Hämäläinen, H., Laine, M. Aaltonen, O. & Revonsuo, A. Turku: Gummerus.
- Jakonen, T. 2004. Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Keltinkangas-Järvinen, L. 2004. Tunne itsesi, suomalainen. Juva:WSOY.
- Keltinkangas-Järvinen, L.1994. Hyvä itsetunto. Juva: WSOY.

- Kivunhoito. 2000. Toim. Sailo, E. & Varti, A.-M.. Helsinki: Tammi.
- Klemola, T. 2004. Taidon filosofia – filosofin taito. Tampere: Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino.
- Klemola, T. 2002. Kehontietoisuuden harjoittaminen: Taiji, yi quan ja seisomisen taito. *Fysioterapia* 6, 4-9.
- Koski, T. 2003. Kehollisuus ihmistyön yhteisenä perustana. *Fysioterapia* 4, 17–19.
- Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede. 1999. Toim. Revonsuo, A., Lang, H. & Aaltonen, O. Turku: Painosalama Oy.
- Miikkulainen, T. 2002. Työuupuneilla muita voimakkaammat somaattiset oireet. *Fysioterapia* 6, 10–12.
- Miikkulainen, T. 1999. Mitä keho kertoo tunteistamme? *Fysioterapia* 5, 40–41.
- Mattson, M. 1998. Body awareness –applications in physiotherapy. Umeå: Solfjädern Offset AB.
- Mattsson, M. & Mattsson, B. 1994a. Physiotherapeutic Treatment in Out-Patient Psychiatric Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 119-126.
- Mattsson, M. & Mattsson, B. 1994b. Supervision as an aid to professional development. *Physiotherapy Theory and Practice* 10, 113-121.
- Mattsson, M., Engberg, K., Armelius, K. & Mattsson, B. 1995. Long-term effects of physiotherapeutic treatment in out patient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry* 49, 103-110.
- Mattson, M., Wikman, M., Dalgren, L., Mattson, B. & Armelius, K. 1997. Body awareness therapy with sexually abused women. Part 1: Description of treatment modality. *Journal of bodywork and movement therapies* 5, 280-288.
- Mattson, M., Wikman, M., Dalgren, L., Mattson, B. & Armelius, K. 1998. Body awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in a group setting. *Journal of bodywork and movement therapies* 1, 38-45.
- Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Otava.
- Näätänen, P. 2002. Työuupuneiden somaattiset tuntemukset ja ryhmähoidon vaikutus niihin. *Fysioterapia* 6, 12–13.
- Neuropsykiatria. 1993. Toim. Huttunen, M., Iivanainen, M., Partinen, M & Taipale, I. Jyväskylä: Gummerus.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.-2. painos Jyväskylä:WSOY.
- Paavilainen, P., Anttila, R., Oksala, E. & Stenius, M. 2002. Persoona Neuropsykologia. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Partinen, M. & Huovinen, M. 2007. Terve uni. Vantaa:WSOY.
- Rautaparta, M. 2005. Joogan keinot ovat monet. *Fysioterapia* 8, 21–23.
- Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.
- Psykofyysinen fysioterapia – Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asu-
mista. 2007. Toim. Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2. Tampere 2. painos.
- Psykofyysinen fysioterapia – Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. 2007. Toim. Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. Tampere.
- Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa – Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Elanders Gummersons.
- Sandström, M. 1999a. Ruumiinkuva- Mistä kaikesta se muodostuu? *Fysioterapia* 2, 16–19.
- Sandström, M. 1999b. Kun ruumiinkuva häiriintyy. *Fysioterapia* 3, 17–20.
- Sandström, M. 1998. Osa I Keho, mieli ja tahto 61–66 ja osa II Liikkumisen säätely 66-74. Teoksessa Kehon rakenne, toiminta ja lihahuolto. Toim. Ahonen, J., Lahtinen, T., Sandström, M., Pogliano, G. & Wirhed, R. Jyväskylä: Gummerus.
- Santala, E. & Lamio, S. 2005. Kokemuksia Kehosta voimavaroja – ryhmäterapiasta. *Fysioterapia* 8, 24–25.
- Skjaerven, L. 2002. Basic Body Awareness Therapy. Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. A first introduction. Bergen Norway.
- Svennevig, H. 2003. Hyvän olon hoidot. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Svennevig, H. 2005. Kehon mieli – Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Porvoo: WSOY.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. 1991. What is psychomotor therapy?. Oslo: Norwegian University Press.
- Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä:Gummerus.
- Vainio, A. 2007. Nimeä vailla - Kohtaamisia kivun kanssa. Hämeenlinna: Karisto.

LIITTEET

Liite 1. OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olen Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelija.
Pyydän lupaa toteuttaa opinnäytetyötäni yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Kehontuntemusharjoitteilla toimivampaan kehon ja mielen yhteistyöhön

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Syventyä kehontuntemukseen, tehdä siitä kirjallisuuskatsaus ja pohtia miten kehontuntemusta voi harjoittaa. Lisäksi ohjaan Fysipisteellä kehontuntemusryhmää, jonka tarkoituksena on, että ryhmäläinen tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen viesteistä. Kehontuntemuksen lisääntymisen avulla pyritään vaikuttamaan osallistujien kehonhallintaan ja kehontietoisuuteen sekä vahvistamaan kunkin ryhmäläisen henkilökohtaisia voimavaroja. Toinen ryhmän tavoite on tarjota osallistujille keino- ja kehontuntemuksen lisäämiseen omassa arjessaan. Kehontuntemusryhmän kautta minun on tarkoitus pohtia kehittämismahdollisuuksia syventävää kehontuntemusryhmää ajatellen. Lisäksi tarkoituksena on koota erilaisista kehontuntemustekniikoista hyviä harjoitteita ja vinkkejä sekä karvoittaa ryhmän hyödyllisyyttä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

31.1.2008

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Ohjaamaan kehontuntemusryhmää (9 kertaa) ja järjestämään ryhmässä alku- ja lopputestaukset.
Antamaan ryhmäläisille palautetta heidän kehittämisestään.

Käsittämään asiakkaisiin liittyviä asiakirjatietoja sosiaali- ja terveydenhuollon salassapitoon liittyvän lainsäädännön mukaisesti sekä pyytämään kirjallisen luvan asiakkailta, joiden tietoja käsitellään.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

kyllä

Ohjaava opettaja

Merja Kurunsaari

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipiste

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme

(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei X kyllä, mitä

Lupa ryhmäläisten tietojen käsittelyyn, sisältää luvan tietojen rekisteroimiseen kuntoutuksen asiakasrekisteriin ja luvan tutkimustulosten käyttöön opinnäytetyön tulosten yhteenvetoon sekä kehontuntemuksen jatkoryhmän kehittämiseen. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja kenenkään henkilöllisyys ei tule ilmi.

Paikka ja aika Jyväskylä 26.1.2008

Yhteistyötaho
Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus
Fysipiste
Koordinaattori Eeva Helminen

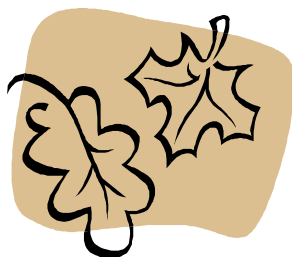
Ohjaava opettaja
Merja Kurunsaari

Koulutuspäällikkö Mirja Immonen

Paikka ja aika Jyväskylä 26.1.2008

Opinnäytetyön tekijä
Marianne Salonen
Yhteystiedot
Tangokuja 2 c 16 40520 JKL
044-2798006
C5635@jamk.fi

Liite 2. MAINOS KEHONTUNTEMUSRYHMÄSTÄ



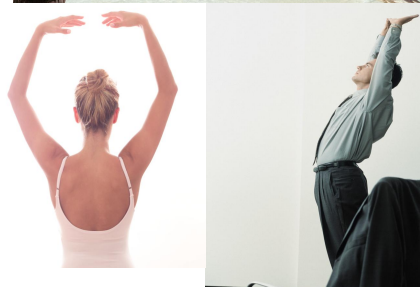
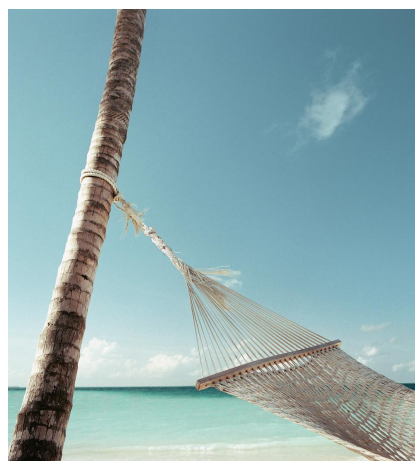
Onko kehosi kuuntelu jäänyt vähälle kaiken kiireen keskellä?

Tunnetko itsesi jännittyneeksi?

Taisteletko jatkuvasti kelloa vastaan?

Nyt sinulla on mahdollisuus osallistua fysioterapian opiskelijoiden ohjaamaan **kehontuntemusryhmään**.

Ryhmän tavoitteena on, että ryhmäläinen tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen viesteistä. Tietoisuuden lisääntyminen vaikuttaa kehon hallintaan, kuten ryhtiin, liikkeisiin ja lihasjännityksiin. Näin pyritään vahvistamaan kunkin ryhmäläisen henkilökohtaisia voimavaroja.



Ryhmäkerrat sisältävät mm.

- erilaisia kehontuntemuksen harjoitteita
- rentoutumista
- hengitysharjoitteita

Ryhmä kokoontuu Fysipisteellä torstaisin klo 16.00–17.15, alkaen 4.10, yhteensä 9 kertaa. Mukaan mahtuu 8 ensimmäistä henkilöä ilmoittautumisjärjestyksessä. Ryhmä kokoontuu Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Fysipisteen tiloissa Keskussairaalan tie 21 E. Hinta 58€ (alku- ja loppumittaukset sisältyvät hintaan). Ryhmän toteutus on osa opinnäyte-työtä, jonka avulla ryhmää kehitetään. Kaikkia tietoja käsitellään luottamuksellisesti (Fysipisteen asiakasrekisteri).

Ilmoittautua voit heti Fysipisteelle puh. 040-354 3044 tai Eeva Helmiselle (eeva.helminen@jamk.fi)

**Terveisin,
Fysioterapian opiskelijat ja
Fysioterapian opettaja Merja Kurunsaari**

Liite 3. LUPA TIETOJEN KÄSITTELYYN

Kehontuntemusryhmä

Ryhmän tavoitteena on, että ryhmäläinen tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen viesteistä. Tietoisuuden lisääntyminen vaikuttaa kehon hallintaan, kuten ryhtiin, liikkeisiin ja lihasjännityksiin. Näin pyritään vahvistamaan kunkin ryhmäläisen henkilökohtaisia voimavaroja. Tutkimuksen tarkoituksena on erilaisia kehontuntemusharjoituksia, kuten hengitys-, rentoutus ja asennonharjoituksia käyttäen sekä tiedon avulla parantaa osallistujien kehontuntemusta. Toinen tavoite on tarjota osallistujille keinoja kehontuntemuksen lisäämiseen omassa arjessaan. Ryhmä kokoontuu 10 kertaa. Osallistujille tehdään alku- ja loppumittaukset sekä kyselyt.

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen/ryhmän tarkoitukseen ja annan luvan tietojeni rekisteröimiseen kuntoutuksen asiakasrekisteriin. Tutkimustuloksiani saa käyttää opin- näytetyön tulosten yhteenvetoon sekä kehontuntemuksen jatkoryhmän kehittämiseen. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja kenenkään henkilöllisyys ei tule ilmi tuloksissa. Osallistun ryhmään omalla vastuullani.

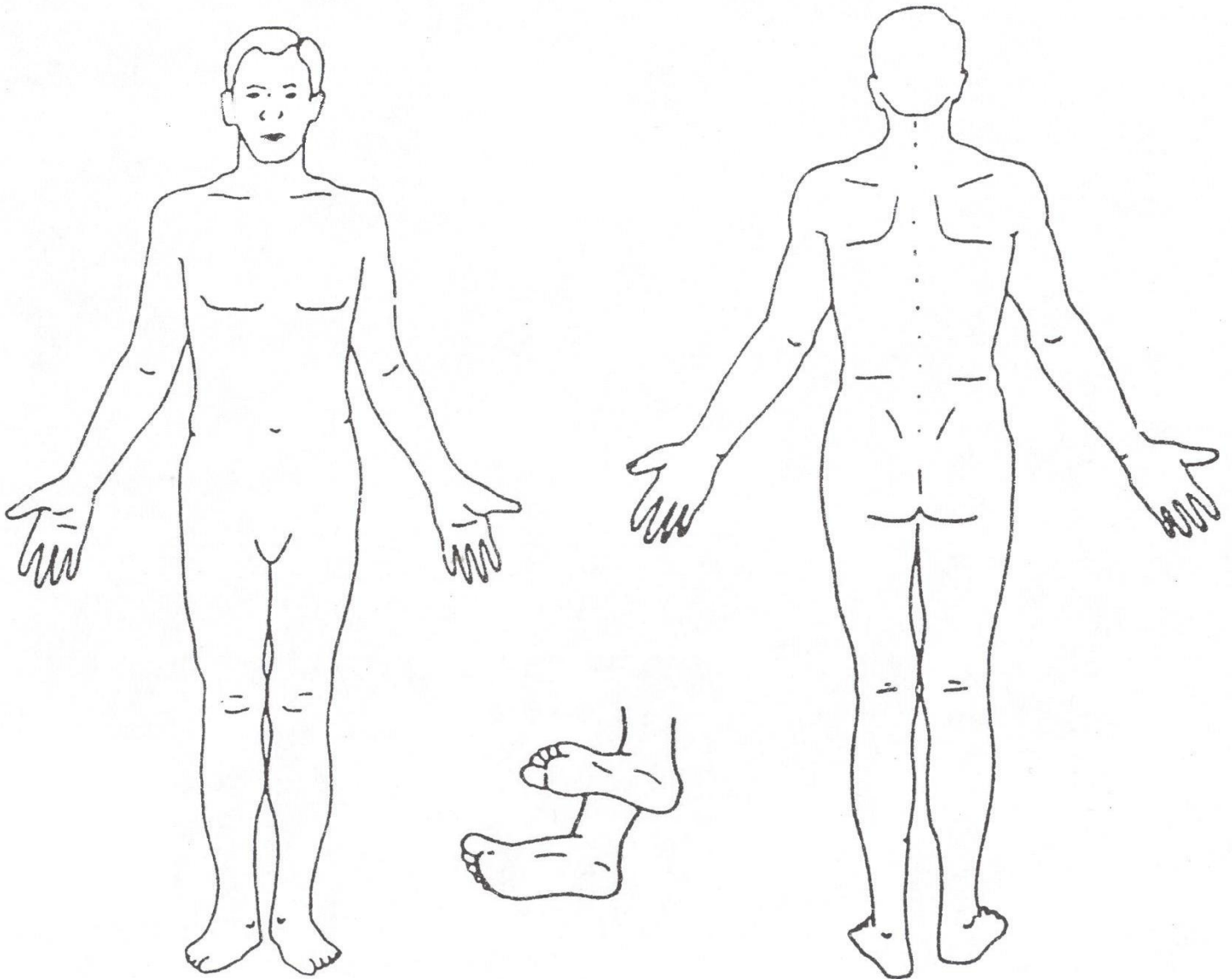
Jyväskylässä 4.10.2007

Tutkittavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Fysioterapian opiskelija Marianne Salonen

Ohjaava opettaja Merja Kurunsaari

Liite 4. JÄNNITTYNEISYYSPIIRROS

Särky punainen väri

Lihasjännitys vihreä väri

Lihasväsymys sininen väri

Liite 5. OSA BUNKANIN VOIMAVAROJEN ARVIOINTILOMAKKEESTA

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

AKTIVITEITTI
A-ryhmä III
Käsitöiden
V-ryhmä IKeski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos
Kuntoutusalan koulutusyksikkö 1995
Tiina Era ja Mervi Nenonen FTy7
Lähde: Berit Heir Bunkan 1992

VOIMAVAROJEN ARVIOINTILOMAKE

NIMI _____ SYNT. _____

PVM _____ JA _____

ASENTO		oikea	vasen	oikea	vasen
tutkimuspäivä					
polven asento	koukistunut				
	normaali				
	yliojentunut				
lantion asento	eteenkallistunut				
	normaali				
	taaksekkallistunut				
lannerangan lordoosi	lisääntynyt				
	normaali				
	pienentynyt				
lannerangan skolioosi					
rintarangan kyfoosi	lisääntynyt				
	normaali				
	pienentynyt				
rintarangan skolioosi					
kaularangan lordoosi	lisääntynyt				
	normaali				
	pienentynyt				
kaularangan skolioosi					
pää	eteen työntynyt				
	eteenkallistunut				
	normaali				
	sivulle kallistunut				
	kiertynyt				
hartiat	eteen työntynyt				
	normaali				
	ylhäällä				
	takana				
kyynärpää	koukistunut				
	normaali				
	oientunut				



ASENTOTYYPPI	kireä	veltto	kireä	veltto
tutkimuspvm				
koukistusasento	ylävartalo			
	alavartalo			
normaaliasento	ylävartalo			
	alavartalo			
oienusasento	ylävartalo			
	alavartalo			

PAINOPISTE JA TUKIPINTA-ALA:

HUOMIOITAVAA / REAKTIOT:

MAKUASENTO			
tutkimuspvm			
rentoutuu heti			
antaa myöten hieman			
antaa hetken kuluttua myöten			
ei anna myöten			



JOUSTAVUUS

PASSIIVINEN JOUSTAVUUS

2= ei joustavuutta
1= rajoittunut
0= normaali joustavuus
3= ylijoustava

AKTIVITEETTI

A= auttaa liikettä
0= normaali
V= vastustaa liikettä

PASSIIVINEN JATKOLIIKE

2= ei jatkoliikettä
1= pieni jatkoliike
0= normaali jatkoliike
3= suurentunut jatkoliike

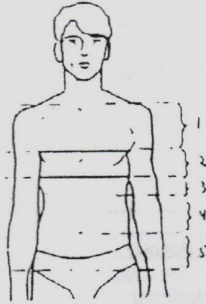


ALKUASENTO TESTILIIKE

tutkimuspvm	TESTILIIKE	joustavuus				aktiiviteetti				jatkoliike			
		oikea	vasen	oikea	vasen	oikea	vasen	oikea	vasen	oikea	vasen	oikea	vasen
lantio seinään	alaselän joustopainallus												
tukien eteen	yläselän kiertoliike												
taipuneena	pään kiertoliike												
pienessä	niskan joustopainallus												
haara-asennossa	hartian lähentäminen												

HUOMIOITAVAA / REAKTIOT (hengitys; vegetatiiviset/motoriset/psyykkiset):

HENGITYS



1. rintakehän yläosa
2. rintakehän keskiosa
3. rintakehän alaosa
4. pallea
5. vatsa

	vatsa	pallea	rintakehän alaosa	rintakehän keskiosa	rintakehän yläosa	rintakehän takaosa
tutkimuspvm						
SEISTEN:						
pääliike = isoin						
apuliike						
liikkumaton alue						
MAKUULLA:						
pääliike						
apuliike						
liikkumaton alue						

	kyllä	ei	kyllä	ei
tutkimuspvm				
AKTIIVINEN ULOSHENGITYS (uloshengitys levossa norm. passiivinen)				
SISÄÄNHENGITYSASENTO (kohonnut rintakehä, oiennut rintarangan kyfoosi, apuheng. lihasten jännitys, rintakehän liikkuv., vatsa sisässä)				
ULOSHENGITYSASENTO (sis. painunut rintakehä, vatsa ulkona, korostunut rintarangan kyfoosi)				
HENGITYSVASTE: haukkoo puree hammasta jne.				
FREKVENSSI-TIHEYS (norm. 12-16 krt/min)				
RINTAKEHÄN LIIKKUVUUS (norm. 5 cm) mittanauhalla uloshengityksen ja sisäänhengityksen ero <small>rintojen/rintalastan malleitten alta</small>				
VASTUS RINTAKEHÄÄ PAINETTAESSA				
	suuri			
	normaali			
	pienentynyt			
HENGITYSRYTMİ (norm. uloshengitys 2 x sisäänhengitys)				
	säännöllinen			
	epäsäännöllinen			
	normaali			
	epänormaali			

HUOMIOITAVAA:

Liite 6. KYSELYLOMAKE KEHONTUNTEMUSRYHMÄN SUUNNITTELUA VARTEN

Hyvä kehontuntemusryhmään osallistuja!

Kehontuntemusryhmän suunnittelua varten meidän on hyvä tietää terveydentilastasi, liikuntatottumuksistasi, työnkuvastasi ja kehonkuvastasi. Näin voimme huomioida sinut paremmin yksilönä ryhmässä ja antaa henkilökohtaista palautetta. Esitiedot auttavat myös opinnäytetyön tekemistä. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Nimi _____ Ikä _____

Ammatti _____

Työtehtävän kuvaus _____

Onko sinulla oireita tai sairauksia, jotka vaivaavat sinua? Käytätkö oireisiin lääkitystä? Mitä?

Miten olet itse pyrkinyt vähentämään oireitasi?

Millaiseksi arvioit terveydentilasi tällä hetkellä? Ympyröi.

erittäin hyvä melko hyvä kohtalainen melko huono erittäin huono

Millaista liikuntaa tai liikuntalajeja harrastat?

Kuinka monta kertaa tavanomaisella viikolla liikut vähintään 30 minuuttia? _____

Kehonkuva

Rastita.

Koetko itsesi pitkäksi___ keskipitkäksi___ lyhyeksi___
Koetko jalkasi pitkäksi___ keskipitkäksi___ lyhyeksi___

Koetko kehosi lonkista kaulaan	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko kätesi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko kaulasi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko pääsi	suureksi___	keskikokoiseksi___	pieneksi___
Koetko itsesi	lihavaksi___	keskikokoiseksi___	laihaksi___
Koetko jalkasi	lihaviksi___	keskikokoisiksi___	laihoiksi___
Koetko kehosi lonkista kaulaan	lihavaksi___	keskikokoiseksi___	laihaksi___
Koetko kätesi	lihaviksi___	keskikokoisiksi___	laihoiksi___

Koetko eroa vasemman ja oikean kehonpuolen kesken? Jos koet, niin yritä kuvailla tuntemustasi.

Mitä pidät omasta kehostasi?

Miltä kehossasi tuntuu, kun olet väsynyt?_____

surullinen?_____

iloinen?_____

Missä koet olevan kehosi keskipisteen?_____

Voimavarat

Millaisena koet omat voimavarasi? Ympyröi.

Fyysiset				
erittäin hyvät	melko hyvät	kohtalaiset	melko huonot	erittäin huonot
Psyykkiset				
erittäin hyvät	melko hyvät	kohtalaiset	melko huonot	erittäin huonot
Sosiaaliset				
erittäin hyvät	melko hyvät	kohtalaiset	melko huonot	erittäin huonot

Oletko viime aikoina pystynyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne? Ympyröi.
 usein melko usein silloin tällöin melko harvoin en koskaan

Onko sinulla ollut toimelias ja vireä olo viime aikoina? Ympyröi.

usein melko usein silloin tällöin melko harvoin ei koskaan

Mitä odotat ryhmäkerroilta? Kerro esim. toiveistasi ja omista tavoitteistasi.

Koetko ongelmia jollain seuraavista osa-alueista? Ympyröi.

hengitys asento joustavuus lihaksisto

Jos koet, kerro tuntemuksistasi.

Tiedot ovat luottamuksellisia ja annan luvan rekisteröidä ne kuntoutuksen asiakasrekisteriin. Osallistun kehontuntemusryhmään omalla vastuulla.

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____

Liite 7. KEHONTUNTEMUSRYHMÄN LOPPUKYSELY JA PALAUTE RYHMÄSTÄ

Hyvä kehontuntemusryhmään osallistuja!

Kiitos ryhmään osallistumisesta ja monista mukavista hetkistä. Loppukyselyssä kerätään tietoa kehontuntemuksessasi tapahtuneista muutoksista ryhmän aikana sekä pyydetään antamaan palautetta ryhmästä. Lisäksi toivoisimme ehdotuksia syventävän kehontuntemusryhmän perustamista ajatellen. Tietoja käytetään opinnäytetyön tekemisen apuna. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Nimi _____

Millaiseksi arvioit terveydentilasi tällä hetkellä? Ympyröi.

erittäin hyvä melko hyvä kohtalainen melko huono erittäin huono

Kehonkuva

Rastita.

Koetko itsesi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko jalkasi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko kehosi lonkista kaulaan	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko kätesi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko kaulasi	pitkäksi___	keskipitkäksi___	lyhyeksi___
Koetko pääsi	suureksi___	keskikokoiseksi___	pieneksi___

Koetko itsesi	lihavaksi___	keskikokoiseksi___	laihaksi___
Koetko jalkasi	lihaviksi___	keskikokoisiksi___	laihoiksi___
Koetko kehosi lonkista kaulaan	lihavaksi___	keskikokoiseksi___	laihaksi___
Koetko kätesi	lihaviksi___	keskikokoisiksi___	laihoiksi___

Koetko eroa vasemman ja oikean kehonpuolen kesken? Jos koet, niin yritä kuvailla tuntemustasi.

Mitä pidät omasta kehostasi?

Miltä kehossasi tuntuu, kun olet väsynyt? _____

surullinen? _____

iloinen? _____

Missä koet olevan kehosi keskipisteen? _____

Koetko kehonkuvasi muuttuneen ryhmän aikana? Miten?

Voimavarat

Millaisena koet omat voimavarasi? Ympyröi.

Fyysiset

erittäin hyvät melko hyvät kohtalaiset melko huonot erittäin huonot

Psyykkiset

erittäin hyvät melko hyvät kohtalaiset melko huonot erittäin huonot

Sosiaaliset

erittäin hyvät melko hyvät kohtalaiset melko huonot erittäin huonot

Oletko viime aikoina pystynyt nauttimaan tavallisista päivittäisistä toimistanne? Ympyröi.

usein melko usein silloin tällöin melko harvoin en koskaan

Onko sinulla ollut toimelias ja vireä olo viime aikoina? Ympyröi.

usein melko usein silloin tällöin melko harvoin ei koskaan

Koetko ongelmia jollain seuraavista osa-alueista? Ympyröi.

hengitys asento joustavuus lihaksisto

Jos koet, kerro tuntemuksistasi.

Palaute

Onko kehontuntemusryhmä vastannut odotuksiasi?

Ovatko tavoitteesi toteutuneet ryhmän aikana?

Millaiseksi koit ryhmän ilmapiirin?

Oliko sinun helppo kertoa tuntemuksistasi muille ryhmäläisille?

Oliko ryhmä sopivan kokoinen?

Koetko kehontuntemuksesi/kehotietoisuutesi lisääntyneen ryhmän aikana? Miten?

Mitkä harjoitteet koit hyödyllisimmiksi?

Aiotko tehdä joitain harjoitteita myös tulevaisuudessa? Oletko jo nyt tehnyt harjoitteita kotona?

Onko sinulla ideoita mitä muita asioita tulisi käsitellä kehontuntemusryhmässä tai mikä käsitelty aihe oli mielestänne erityisen tärkeä ja kaipaisi vielä syvennystä?

Olisitko kiinnostunut osallistumaan syventävään kehontuntemusryhmään?

Mitä mieltä olet ohjaajien toiminnasta ja osaamisesta? Vinkkejä ohjaajille.

Tiedot ovat luottamuksellisia ja annan luvan rekisteröidä ne kuntoutuksen asiakasrekisteriin.

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____

Liite 8. ERILAISIA KEHONTUNTEMUSHARJOITTEITA

Kehontuntemusryhmän harjoitteet

Tässä on lista rentoutus- sekä kehontuntemusharjoitteista ja tietoisuista, joita ryhmässä käytettiin.

Rentoutusharjoitteet

Jännitys-rentoutus-menetelmä

Kosketusrentoutus

Hengitysrentoutus

Mielikuvarentoutus

Suggestiivinen rentoutus

Synteesharjoitus, yhdistetään olemassaolon muodot, ihminen kokonaisuutena, rentoutusharjoituksen kaltainen

Pallorentoutus nystyräpaloilla pareittain

Joulusatu

Rentoutusharjoitteita tehtiin lattialla, matolla ja plintillä maaten, sekä säkkituoleilla, jotka muodostuivat ryhmäläisten suosikiksi.

Kehontuntemusharjoitteet

Pumppausharjoitus, haetaan kantojen maahan ”tömistämisen” kautta tasapainoinen asento.

Seiso rennosti. Polvet eivät saa olla lukossa, kädet roikkuvat vapaina. Nouse hiukan varpaille ja laskeudu koko jalkapohja maahan. Lisää liikkeen nopeutta äläkä pidä taukoja ylösnousun ja laskeutumisen välillä. Tee nopeaa pomppuliikettä ja etsi liikkeelle rytmiä. Liike on hyvin pieni. Kannat nousevat maasta noin 1 cm verran. Toista liikettä muutaman minuutin ajan, vain nilkat ja jalkaterät liikkuvat. (Skjaerven, L. 2002, 22; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet.)

painonsiirrot, eteen/taakse/sivuiittain eri tukipinnoilla

koko kehon läpi käynti nivel niveleltä, ääriasennoista optimaaliseen asentoon

palleahengitys, makuulla ja seisten

hengityksen suhteellisen keston laskeminen

aktiivinen hengitysharjoitus

Kehontuntemusharjoitteet, haetaan erityisesti keskilinjaa, kehon keskustaa ja jännityksen ja rentouden eroa.

1. Makaa maassa jalat suorina ja kädet vartalon molemmin puolin. Jännitä jalkasi yhteen. Tunne kuinka liike lähtee kehon keskustasta. Reitesi, polvesi ja nilkkasi koskettavat keskilinjassa. Tuo jalat yhteen ja rentouta ne. Toista tätä ja yritä löytää liikkeeseen rytmi. Lopeta liike venyttämällä varpaita ja sormia, liikuttamalla leukaa sivulta toiselle, haukottelemalla ja vapaalla venytyksellä.

(Skjaerven, L. 2002, 12; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet)

2. Makaa maassa suurin jaloin ja ojenna kätesi vartalon jatkoksi. Venytä käsiä ja jalkoja hitaasti vastakkaisiin suuntiin, kuten suuri kuminauha. Venytä koko kehoasi niin että se tuntuu helpolta ja mukavalta. kun olet venyttänyt mahdollisimman pitkäksi, voit rentouttaa itsesi. Toista venytys ja rentous 10 kertaa mukavaan tahtiin. (Skjaerven, L. 2002, 14; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet.)

3. Makaa samassa asennossa, venytä kehosi oikeaa puolta, oikeaa kättä ja jalkaa. Sitten rentoudu. Venytä vasempaa puolta ja rentoudu. Etsi virtausta ja rytmiä vasemman ja oikean-

puolen yhteistyössä. (Skjaerven, L. 2002, 16; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet.)

4. Hae hyvää asentoa ja etsi keskilinjaasi ja hengityksesi vapaata rytmiä. Anna käsien roikua vapaina vartalon molemmin puolin. Aloita kääntyminen oikealle ja vasemmalle keskilinjan ympäri. Liike koskee koko kehoa varpaista päähän. Yritä olla mahdollisimman rennosti. Kaikki kehonosat aloittavat ja päättävät liikkeen samaan aikaan. Koko keho on yksikkö, joka liikkuu samanaikaisesti. Käsivarret roikkuvat vapaasti ja heilahtelevat liikkeen mukana (Skjaerven, L. 2002, 28; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet.)

5. Istu tuolin etuosassa siten, että istuinkyhmyt lepäävät tuolia vasten. Polvikulman tulisi olla 30 ja 90 asteen välillä. Jalkaterät ovat tukevasti maassa. Anna käsien levätä reisien päällä. Venytä selkärankaasi pitkäksi ja rentouta. Ole tietoinen tuolin tarjoamasta tuesta. Toteuta venytys ylöspäin kahdesti ja siirry heilahdusliikkeeseen oikealta vasemmalle. Tee liike 10 kertaa ja etsi samalla keskilinjaasi. Seuraavaksi kokeile heilahdusliikettä eteen ja taakse. Etsi taas keskilinjaa ja luonnollista, tasapainoista asentoa.

(Skjaerven, L. 2002, 19–20; Basal Kroppskänedom – rörelser för hälsa och vitalitet.)

Lepoasentojen testaus, katsotaan erilaisia tyynyjä. Mietitään millainen on hyvä nukkuma-asento.

Selkärangan liikkeet tanssien

1. Kaularanka: pää eteen-taakse, sivulta-sivulle, kallistukset sivulle ja eteen-taakse, kierrot
2. Rintaranka: eteen-taakse, sivulta-sivulle, neliö, ympyrä, kallistukset sivulle ja eteen-taakse, kierrot
3. Lanneranka, ristiluu ja häntäluu: eteen-taakse, sivulta-sivulle, neliö, ympyrä

Keppijumppa

Venyttely matolla

Pareittain piirretään kehon ääriiviivat seisten, ensin hiukan irti kehosta, sitten kevyt kosketus ja lopuksi voimakkaampi kosketus

Pareittain selkärangan tunnustelu, ensin kevyet sivelyt selkärangan vierestä (muotojen tunnustelu), sively selkärangan päältä ja okahaarakkeiden tunnustelu, katsotaan lopuksi luurankoa mallista

Rintarangan itsemobilisointi

Sisäolympialaiset, leikkimielisiä kilpailuja

Latinotanssia

Tietoiskut

Mitä on kehontuntemus?

Kosketuksen vaikutus

Tietoa hengityksestä anatomiset rakenteet, fysiologiaa, hyvän hengityksen etuja

Uni teoriaa

Selkärangasta luurankomallin kanssa, nikaman rakenne ja toiminnallinen anatomia

Olemassaolonmuodot, fyysinen, fysiologinen, psyykinen ja eksistentiaalinen

Venyttelyn tarpeellisuudesta ja vaikutuksista

Teoriaa ankkuroinnista, keskilinjasta, keskustasta, virtauksesta ja tietoisesta läsnäolosta

Basic Body Awareness Therapy harjoitteita

Harjoitteet ja Basic Body Awareness terapia perustuvat Dropsyn, Roxendalin, Skatteboen ja Skjaervenin työhön. Havainnointi koostuu kolmesta dynaamisen tasapainon elementistä, asennon hallinta, vapaa hengitys ja henkinen tietoisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että havainnoidaan henkilön suhdetta alustaan, keskilinjaan, hengitykseen ja liikekeskukseen, kuinka tietoisuus integroituu kehoon kokonaisuutena, suhde kehon keskustan ja perifeeristen osien kesken. Ensimmäisenä

terapian koulutuksessa keskitymme maaten, istuen ja seisten tehtäviin harjoitteisiin. Harjoitteet etenevät yksinkertaisista vaikeampiin harjoitteisiin. Terapiamuotoon on kehitetty kaksi arviointiasteikkoa, ruotsalainen versio, Roxendalin BAS (Body Awareness Scale) sekä norjalainen versio BARS (Body Awareness Rating Scale). Ne ovat hyvin samanlaisia ja rakentuvat samoihin periaatteisiin, vaikka testit ovat erilaiset ne täydentävät toisiaan. Harjoitteet, jotka tässä esittelen, ovat osia BARSin kahdestatoista liiketestistä. Liikkeet ovat tekemisissä alusta suhteen, keskilinjan, liikekeskustan, hengityksen ja tietoisuuden kanssa ja ne tehdään maaten, istuen, seisten, kävellen ja parin kanssa. Havainnot tulee keskittää hengitykseen, tasapainoon ja tietoisuuteen.. (Skjaerven, L. 2002, 1-2.)

Tässä yksinkertaistetuin ohjein lisää liikeharjoitteita, joita emme ryhmässä tehneet. Niitä voi tehdä testauksen lisäksi myös terapiassa.

1. Ota mukava asento selin-makuulla. Voit laittaa tyynyn niskasi ja polviesi alle. Laske sormet vatsallesi, pallean kohdalle. Sormet ovat erillään ja kyynärpäät maassa. Sulje silmät ja suu. Tunnustele mitä tunnet sormiesi alla. Yritä rentoutua ja anna hengityksen vapautua. Voit tuntea pallean liikkeen, havainnoi sitä, mutta älä muuta liikettä. (Skjaerven, L. 2002, 7-8.)
2. Siirrä seisten painoa oikealle ja vasemmalle. Nosta vapaa jalka ilmaan lattiasta, anna sen kuitenkin roikkua vapaasti. Toista 10 kertaa. Etsi nyt optimaalista asentoa polvillesi. Koukista ja ojenna polviasi. Toista 3 kertaa. Anna käsien roikkua rentona vartalon molemmin puolin. Etsi olkapäiden asentoa nostamalla niitä korvien suuntaan ja rentouttamalla olkapäät. Toista 3 kertaa. Etsi sitten hyvä pään asento. (Skjaerven, L. 2002, 21–22.)
3. Seiso. Kun olet löytänyt keskilinjan, koukista polviasi nostamatta kantoja maasta. Älä myöskään koukista vartaloasi. Suorista polvesi ja nouse samalla alkuasentoon. Molemmat jalat kulkevat omaa rataansa. Reisi, sääri ja jalkaterä osoittavat liikkeessä samaan suuntaan. Polvi ei kierry nilkkaan nähden. Liike on pehmeä, hidas ja virtaava. Lopulta liikkeen ja hengitysrytmien tulisi sulautua yhteen. (Skjaerven, L. 2002, 23–24.)
4. Seiso niin, että polvet ja jalkaterät osoittavat hiukan ulospäin ja polvet ovat hiukan koukussa. Polvet ovat vapaat ja joustavat etkä tue asentoa käsilläsi. Siirrä painoasi oikealle ja vasemmalle niin että säilytät kontaktin keskilinjaasi. Pidä jalkasi joustavina. Dynaamista stabiiliteettia voit harjoittaa seistessäsi bussissa, junassa tai laivassa kun teet tätä harjoitusta (Skjaerven, L. 2002, 26.)
5. Liikkeessä tehdään ellipsin muotoista rataa käsillä vartalon edessä. Liike etenee seuraavasti. Kurkota kätesi eteen ja ylös hartioiden tasolle, sitten koukista ranteet ja kyynärpäät, sitten että kyynärpäät osoittavat alas ja kämmenet osoittavat sinusta pois päin, ja laske kädet lähelle vartaloa. Kädet liikkuvat kuin aalto. Vähitellen ota liikkeeseen mukaan myös jalat ja polvet ja liiku kuin suuri aalto koko vartalollasi. (Skjaerven, L. 2002, 30.)
6. Antautuminen. Seiso ja yritä löytää liikkeen polkua. Anna vartalosi lysähtää ja sulkeutua liikekeskuksen ympärille. Anna pääsi taipua hiukan taaksepäin, selkäsi pyöristyä ja polvesi ja nilkkasi koukistua. Tällä tuotetaan yleinen rentoutuminen suhteessa painovoimaan. ilman että häiritsemme tasapainoa keskilinjassa. Sitten ojentaudu normaaliin pystyasentoon. Kun antaudut, voit päästää aaaaa äänen. Voit ajatella samalla että kehosi on hyvin väsynyt. (Skjaerven, L. 2002, 31–32.)
7. Kaksi ihmistä on vastakkain. Seiso jalat yhdessä ja käänny 45 astetta vasemmalle. Liikuta oikeaa jalkaa sivulle ja astu sillä askel eteenpäin. Molempien oikeat jalat ovat lähellä toisiaan, noin nyrkin verran erillään. Kyykisty tai ”istu alas” hiukan keskilinjaa pitkin. Molem-

mat alkavat liikkua samaan suuntaan ja etsiä liikkeelle yhteistä rytmiä. Koukista oikea kyy-närpää ja kohtaa parisi oikea ranne omallasi, kevyt kosketus ranteen ulkoreunalla. Liikkukaa eteen taakse ja samaan aikaan kääntykää vertikaalisesti käännös/vastakäännös. Oikean käden ollessa aktiivinen ellipsin muotoinen liike tapahtuu vastapäivään ja vasemman ollessa aktiivinen ellipsin muotoinen liike myötäpäivään. Eli liike tehdään molemmin päin. Liike aloitetaan liikekeskuksesta.. Kun työnnät, parisi vetäytyy ja kun hellitän parisi alkaa työntämään. Etsikää liikettä horisontaalitasossa. Liikkeen suunta on kohti parisi liikekeskusta. Harjoite kehittää vuorovaikutusta parin kanssa. (Skjaerven, L. 2002, 33–34.)

8. Kävele ringissä. Etsi rytmiä, virtausta ja nopeutta. Kun nopeus ja rytmi ovat löytyneet keskity hetken aikaa keskilinjaan ja sen jälkeen taas vapaaseen kävelyyn. Käänny ja kävele toiseen suuntaan. (Skjaerven, L. 2002, 36–37.)

Muita harjoitteita

Istumaharjoitus. Jaa paino tasan istuinluidesi päälle ja aseta jalat tukevasti maahan lantion leveydelle ja jalkaterät osoittamaan suoraan eteenpäin. Paino on tasaisesti molemmilla jaloilla. Siirrä painoa puolelta toiselle kunnes löydät tasapainon. Rullaa lantio eteen ja taakse ja samalla pyöristä ja ojenna selkäsi.(Bartal & Ne’eman 2001, 27.)

Ankkurointi harjoitus. Painontunnetta voi tutkia eri tavoin. Seisomalla jalat yhdessä, tuntuuko asento varmalta, miltä tuntuu painontunne. Myös silmät voi sulkea. Seiso jalat erillään lantion leveydellä, huomioi painontunne ja tasapaino, sulje silmät. Vertaile. Seiso lantionleveydellä, kyykisty ja nouse. Kiinnitä huomiota painoosi laskeutuessasi alaspäin, toista muutamia kertoja. (Roxendal & Winberg 2002, 64.)

Keskilinja harjoitus. Seiso jalat erillään ja havainnoi painoasi. Nouse varpaille ja tule alas koko jalkapohja maahan. Siirrä paino kantapäille. Salli painosi liukua ylöspäin ja alaspäin keskilinjaan. Seiso jalat erillään paino suuntautuneena eteen. (Roxendal & Winberg 2002, 67.)

Liikekeskus harjoitus. Makaa selällä ja suorista jalat. Anna käsien levätä pehmeästi vatsan päällä palleen tasolla. Seuraa hengitys liikettä käsiesi alla. Selvennä hengitystäsi vähitellen rauhallisella ja hiljaisella m-äänellä uloshengittäessä. Käsiesi alla on sinun keskustasi. (Roxendal & Winberg 2002, 70.)

Taiji ja yi guan hengitysharjoitteita, koko keholla hengittäminen. Palleen liike voidaan kokea koko kehon laajenemis- ja supistumisliikkeeksi. Sisäänhengityksellä avataan hienoisesti jokaista kehon niveltä ja uloshengityksellä supistetaan niitä. Toinen vaihtoehto on, että kuvitellaan ilman virtaavan sisään kehomme jokaiseen ihohuokoseen ja niistä ulos. Keho on yksi suuri hengittävä elin. Kolmas vaihtoehto, hengitä sisään ja ulos, kuvittele, että kehosi on suuri huilu. Hengitysilmasi antaa huilulle elämän ja sävelet. Anna kehosi avautua ja suoristua soittimeksi. Sävelet syntyvät kun hengitysilma kulkee kehoasi, pitkää onttoa putkea pitkin edestakaisin. (Klemola 2002, 8-9.)

Synteesiharjoitus, yhdistää neljä olemassaolon muotoa. Voi tehdä yksin tai ryhmässä, mieluiten päivittäin jonkin aikaa kunnes tuntuu itsestään selvältä. Harjoite on mukailtu Psykologi Roberto Assagiolin harjoituksesta.

Makaa tai istu mukavasti sellaisessa asennossa, että et tunne mitään esteitä hengityksellesi. Vedä ilmaa keuhkoihisi ja puhalla ulos muutamia puhdistavia hengenvetoja. Anna hetki itsellesi ja mieltä seuraavia elämän olemassaolonmuotoja.

Minä elän kehossani, minulla on keho elääkseni. Kehoni on edellytys elämäni. Ilman sitä en olisi olemassa. Kehoni on kehoni hyvässä ja pahassa. Kehoni on instrumenttini elää elämäni ja sen

avulla voin elää niin kuin haluan. Kehoni voi olla myös rasite, siinä voi olla vammoja tai muita ongelmia. Mutta se on minun kehoni, jossa elän hyvässä ja pahassa. Elän kehossani, mutta se ei ole koko minä. Minä olen jotain muuta ja enemmän kuin vain kehoni. Mieti hetki kehosi roolia elämässäsi.

Minä tunnistan tunteeni. Ne täyttävät minut ja antavat sisältöä elämäni. Niillä reagoin toisiin ihmisiin, rakennan ihmissuhteita ja reagoin tapahtumiin elämässäni. Rakkaus, ilo, suru, hyväksyminen ja kiukku antavat minulle voimaa menettelytapoihini. Kaikki tunteet eivät ole positiivisia. Ärtäisyys ja kateus voi johtaa ikävään toimintaan. Mutta tunteeni ovat minun, sellaisina kuin ovat. Minä tunnen tunteeni hyvässä ja pahassa. Tunnen tunteeni, mutta tunteeni eivät ole koko minä. Olen jotain muuta ja enemmän kuin vain tunteeni. Mieti hetki tunteidesi roolia elämässäsi.

Minä ajattelen ajatuksiani. Ajatusten avulla kehitän loogista ajattelukykyäni, koulutan itseäni ja ratkaisen ongelmia. Ajatukset voivat lukkiutua eivätkä ne etene lainkaan. Ajatukseni ovat minun ajatuksiani sellaisia kuin ovat hyvässä ja pahassa. Ajattelen ajatuksiani, mutta ne eivät ole koko minä. Minä olen jotain muuta ja enemmän kuin pelkät ajatukseni. Mieti hetki ajatustesi roolia elämässäsi.

Voimme käsitellä eri osia elämästä: Minulla on haluni, mutta haluni eivät ole koko minä. Minulla on murheeni, mutta murheeni eivät ole koko minä. Minulla on vaivani, mutta vaivani eivät ole koko minä. Minulla on työni, ansioni, mutta työni ei ole koko minä. Lopetamme miettimällä seuraavia. Elän kehossani mutta kehoni ei ole koko minä. Tunnen tunteeni, mutta tunteeni eivät ole koko minä. Ajattelen ajatukseni, mutta ajatukseni eivät ole koko minä. Kuka minä sitten olen? Minä olen se, joka havainnoi kehoani, tunteitani ja ajatuksiani. Minä olen johtaja, joka voi koordinoida eri osapuolia elämässäni. Voimme kutsua sitä tietoisuudeksi. Minä olen tietoisuus, joten olen minä. (Roxendal & Winberg 2002, 37–39.)

Liite 9. PSYKOFYYSISET FYSIOTERAPIAMENETELMÄT

Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään tukemaan ja vahvistamaan ihmisen liikunta- ja toimintakykyä sekä voimavaroja, fysioterapeutin tulee nähdä ihminen kokonaisuutena. Lähtökohta fysioterapialle on ihmisen kehon, mielen ja ympäristön vuorovaikutus toisiinsa. Fysioterapiassa käytetään hyväksi kokemuksellista oppimista, havainnoidaan ja rentoutetaan jännitystiloja kehosta ja harjoitetaan asentoa ja liikkeitä ja kehon ja mielen reaktioita. Tarkoituksena on tulla tietoisiksi kehon viesteistä. Terapia tilanteessa vaikuttavia tekijöitä ovat fysioterapeutin ja kuntoutujan ihmiskäsitykset, kuntoutujan motivaatio sekä hänen kehominänsä. Harjoittelemalla kuntoutuja voi saavuttaa kokemuksia, jotka purkavat ja vähentävät toiminnallisesta vajavuudesta tai vammasta johtuvaa vieraantumista kehostaan. (Talvitie ym. 2006, 265–267.)

The Body Awareness Therapy- Gertrud Roxendal

Tämän terapian tavoitteena on kehontuntemuksen ja – tietoisuuden lisääntyminen, ja sitä kautta myös itsetuntemus ja kehon hallinta parantuu. Kehon hallintaan liitetään kyky ohjata ryhtiä, lihasten jännitystä ja liikkeitä. Kehonelämys eli se miten ihminen kokee kehonsa rajat ulkomaailmaan nähden tai millainen on hänen kehonkuvansa sekä liikkeiden hallinta, liikkeiden ja kehon asentojen ohjaaminen kuuluvat kehontietoisuuteen. (Talvitie ym. 2006, 269–270.)

Terapian keskeisiä ulottuvuuksia ovat kehon suhde alustaan ja keskilinjaan, hengitys ja kehon liikekeskus sekä liikevirtaus ja tietoinen läsnäolo. Rentoutumisen ja tasapainon edellytyksenä on laaja tukipinta, jos tukipinta on pieni asento ja tasapaino ovat horjuvia ja epävarmoja. Kun tukipinnan koko muuttuu, muuttuu myös lihastasapaino. Suhde alustaan tarkoittaakin käytännössä sitä, miten henkilön paino asettuu alustalle ja miten hän käyttää hyväkseen tukipintaa erilaisissa alkuasunnoissa kuten maassa, istuessa, seistessä tai liikkeen aikana. Kun ihmisen asento on tasapainoinen, myös hänen suhteensa keskilinjaan mahdollistaa asentoa ylläpitävien lihasten mahdollisimman pienen kuormituksen. Jos asento poikkeaa keskilinjasta, ilmenee asento- virheitä, jotka voivat oireilla lihasjännityksenä, kipuina ja ongelmina tasapainossa. Roxendalin mukaan kehon liikekeskus sijaitsee korkeudella, jossa pallea kiinnittyy selkärankaan (pars lumbalis kiinnittyy 1.-3. lannenikaman solmuun). Liikekeskus on liikkeiden lähtökohta, muun muassa kierrot, nostot ja yläraajojen liikkeet saavat alkunsa siellä. Kehon hallinnan ollessa hyvää, liikkeet ovat tehokkaita. Vapaata hengitystä pidetään merkinä toimivasta kehominästä. Hengityksessä kiinnitetään erityistä huomiota pallean normaaliin toimintaan, koska sillä nähdään olevan tärkeä merkitys hengityksen ja koko kehon toiminnan kannalta. Liikevirtaus tarkoittaa sitä, että liike kulkee tasaisesti ja sulavasti koko liikeradallaan. Tällöin liikevirtaus on avoin, vammat ja lihasjännitykset voivat heikentää liikevirtausta. (Talvitie ym. 2006, 270–272.)

Edellisessä kappaleessa mainittujen ominaisuuksien harjoittaminen tukipinnan muutoksien, alkuasennon vaihteluiden sekä kuormituksen muutoksien avulla vaikuttaa kehon rajojen hahmottumiseen erilaisten aistimusten kautta. Aistimuksia saadakseen ihmisen pitää keskittyä ja kiinnittää huomiota muutoksiin ja vaihteluihin. Terapiaan kuuluu kolmenlaisia harjoitteita, identiteettiä aktivoivia, kehonrajojen tunnistamista lisääviä ja eheyttäviä harjoitteita. Kehoterapiassa ei kiinnitetä juurikaan huomiota lihasjännityksiin ja rentoutumiseen vaan ajatellaan, että kun kehominän eri ulottuvuudet saadaan toimimaan lihasjännityksetkin laukeavat. Harjoitusten avulla pyritään kehittämään tietoisuutta itsestään ja tietoista läsnäoloa. Myös kuntoutujan omasta aloitteesta alkaneet keskustelut harjoitusten herättämistä tunteista ja kokemuksista ovat osa terapiaa. (Talvitie ym. 2006, 272.)

Fyysistä ja fysiologista olemassa olon muotoa hoitaa moderni lääketiede, myös psyykkisellä ja psykososiaalisella osa-alueella lääketieteellä on erikoisalansa. Psyykkistä olemassaolonmuotoa hoitaa psykosomaattinen kuntoutus ja psykoterapia. Eksistentiaalisesta olemassaolonalueesta huolehtii puolestaan aivan toisenlainen organisaatio, kirkko ja uskonnollinen elämä, mutta myös psykoterapiassa käsitellään asioita tältä kannalta. Sairaalamailmassa eksistentiaalisten ongelmien ratkaisuja ei välttämättä pohdita. Aluksi puhtaasti fyysiseltä vaikuttaneen sairaudenkin taustalta voi löytyä eksistentiaalisia ongelmia. Roxendalin ja Winbergin työkokemus on osoittanut, että ennakkoluuloton asiakkaan kuuntelu on ollut apuna asiakkaan eksistentiaalisissa ky-

symyksissä. Basal KroppskänneDOM harjoittelu käsittää kaikki neljä olemassaolon muotoa. Kehontuntemus on askel kohti kykyä olla, käsitellä asioita ja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Liikeharjoituksissa ihminen voi tarvita huomautuksia eri olemassaolon muodoista. Fyysisessä olemassaolon muodossa ihminen keskittyy liikkeen muotoon ja kulkuun, fysiologisella osa-alueella ihminen etsii energiaa, ja rytmiä hengityksen ja liikkeen välillä, hän havittelee pehmeää virtausta liikkeeseen. Psykkiseltä kannalta ihminen havaitsee sisäisen kokemuksen liikkeestä ja kontaktin itseensä, on myös olemassa harjoitteita, jotka suuntaavat ihmistä kohti ympäristöä pois ihmisestä itsestään. Eksistentiaalisesti ihminen etsii henkistä läsnäoloa. Henkisen läsnäolon harjoittaminen antaa vakavuutta harjoitteluun. Harjoitteiden hauskuus on tärkeämpää kuin harjoitteen tavoite. Tulee siis harjoitella tosissaan hauskuudella. (Roxendal & Winberg 2002, 36–37.)

Norjalainen psykomotorinen fysioterapia

Norjalaisesta psykomotorisesta fysioterapiasta käytetään lyhennettä NPMP (The Norwegian Psycho Motor Physiotherapy). NPMP perustuu kehoterapeuttisen lähestymistavan liittämiseen psykoanalyyysiin. Tämä ajatus on peräisin Wilhelm Reichiltä, jonka mukaan lihasjännitykset kuuluvat järjestelmään, jolla ihminen tukahduttaa tunteitaan. Vaikeutunut hengitys ja tunneperäiset ongelmat liittyvät toisiinsa. Perusajatuksena terapiassa on, että ihmisen keho ja psyyke ovat erottamattomat ja tunneperäisiä, psyykkisiä ja fyysisiä reaktioita ei voida erottaa toisistaan. Hengitys on tärkein asia, koska hengityksen vapauttaminen vapauttaa myös tunteita. Ihmisen hengityksessä, ryhdissä ja lihaksistossa ilmenevät luonteenpiirteet, tunteet ja ympäristön paineet. Kehossa näkyy myös geneettisten tekijöiden lisäksi ihmisen elämänkaari. (Talvitie ym. 2006, 272–273.)

Terveellä ihmisellä on psykomotorisen teorian mukaan ojentunut keho ja hyvä tasapaino, kudokset ovat joustavia, kehonosia voi liikuttaa vapaasti. Ihmisellä voi olla jännityksiä, mutta ne laukeavat rasituksen päättyessä, hän pystyy myös kertomaan tunteistaan ja ilmaisemaan niitä. Pitkittyneet lihaskivut ja veltostunut tai jännittynyt lihaksisto ilmentävät psyykkistä ristiriitaa tai vammaa. (Talvitie ym. 2006, 273.)

NPMP:n tavoitteena on muuttaa ryhtiä parempaan suuntaan tasapainottamalla lihasjännitystä. Keinona tavoitteeseen pyrittäessä käydään läpi tunneperäisiä ristiriitoja. Kipujen syyt voivat purkautua tunnetiloina ja kivun perimmäinen syy voi olla jossain muussa kehonosassa kuin missä kipu tuntuu. Terapian tarkoituksena on vähentää kuntoutujan kipuja vaikuttamalla hänen asentonsa, hengityksensä, liikkeidensä ja lihasten kiinteytensä poikkeamiin, auttaa häntä pääsemään kosketuksiin tunteidensa kanssa ja auttaa muuttamaan hänen asenteitaan ongelmiinsa. Asennon muutos syntyy tiedostamisen kautta, jolloin hengitys palautuu normaaliksi, jännittyneet lihakset rentoutuvat ja veltostuneet lihakset alkavat toimia, myös kuntoutujan asenne itseään, kykyjään, oikeuksiaan ja tarpeitaan kohtaan muuttuu. (Talvitie ym. 2006, 273–274.)

Menetelmässä on kaksi tärkeää periaatetta. Ensimmäinen periaate on, että seisominen omilla jaloilla on vapaan toiminnan edellytys, joten kehoa aletaan rakentaa alhaalta ylös jokaisella hoitokerralla, ensin siis jalat. Toisena periaatteena on, että jokaisella hoitokerralla käsitellään koko kehoa, koska koko kehon tasapainoa ei voida saada aikaan hoitamalla vain yhtä kehonosaa. Terapiassa käytetään hierontaa ja passiivisia ja aktiivisia liikkeitä ja aktivoidaan ihmisen luontaista tarvetta liikkua. Menetelmää suositetaan vain lihaskipujen ja jäykkyyden hoitoon, jos käyttöaluetta laajennetaan, fysioterapeutin on hankittava itselleen psykoterapeuttista koulutusta. (Talvitie ym. 2006, 274.)

Psykodynaaminen kehoterapia

Psykodynaaminen kehoterapia on elämysten aiheuttamien ristiriitojen ja niiden ratkaisuyritysten sisäistämistä. Psykodynaaminen kehoterapia tarkoittaa myös tietoisuutta siitä, että elämykset ja kokemukset heijastuvat kehoon. Terapian lähestymistapa voi olla fyysinen tai psykoterapeuttinen. Fyysinen menetelmä edustaa suurimmilta osin norjalaista psykomotorista fysioterapiaa, mutta myös muita fyysisiä menetelmiä, jotka huomioivat kehon toiminnallisena kokonaisuutena on mahdollista käyttää. Terapiassa huomioidaan erityisesti kuntoutujan asentoa, hengitystä ja lihaskireyksiä. Jos käytetään psykoterapeuttista lähestymistapaa, fysio-

rapeutti kertoo kuntoutujalle hänen fyysisten reaktioidensa merkityksen kuntoutujan ilmaisujen ja kokemusten perusteella. Terapian tavoitteena on, että kuntoutuja saa paremman kosketuksen itseensä, kehonsa ja kokemustensa kautta. Näin hänelle selviäisi, mitä oireet merkitsevät hänelle. Tällä tavoin kuntoutuja löytää todelliset ongelmansa ja pystyy löytämään niihin apua. Kuntoutuja kohdataan ensin alueilla, joilla hänellä on voimavaroja ja terapian edetessä voidaan mennä alueille, joilla voimavarat ovat heikommät. Tätä terapia-muotoa käytettäessä fysioterapeutilla pitää olla laaja tietopohja ja ymmärrys psykologiasta. (Talvitie ym. 2006, 275–276.)

Liite 10. MUTA KEHONTIETOISUUTTA KEHITTÄVIÄ MENETELMIÄ

Kaikilla menetelmillä pyritään lisäämään tietoisuutta kehostamme ja saavuttamaan vapauden ja keveyden tila, yhteistyö ja tasapaino keho-mieli suhteessa ja vapauttamaan turha jännitys kehostamme. (Bartal & Ne'eman 2001, 11.)

MUTA KEHOTIETOISUUTTA KEHITTÄVIÄ MENETELMIÄ				
	periaatteet	tavoitteet	työllistettävät asiat	työskentelytavat
Feldenkrais (Bartal & Ne'eman 2001, 7-9; Talvitie ym. 2006, 277–278.)	Menetelmässä työskennellään liikkeen taloudellisuuden kanssa. Liike edistää terveyttä kun se ei väsytä vaan lisää energiaa ja tyytyväisyyttä. Uudelleen oppimalla saavutamme tunteiden ja lihasrefleksien yhteyden. Mieli ja keho ovat yhtä, tunnemme kehomme avulla ja käyttäytymisemme määräytyy tunteidemme perusteella. Toimintaa yhdistetään ja tietoisuutta lisätään liikkeen avulla harjoittelemalla.	Maksimaalinen tehokkuus tulisi saavuttaa minimaalisella työllä, lisäämällä tietoisuutta kehon toiminnasta. Vaikuttamalla keskushermostoon ja näin saamalla esiin refleksitoimintoja, kehon tulisi järjestäytyä uudelleen syvemmällä tasolla kuin älykkyyden avulla on mahdollista. Jos kehon koordinaatio on häiriintynyt, tavoitellaan sen palauttamista. Tavoitteena on ihmisen tietoisuuden lisääntyminen omista luontaisista voimavaroistaan. Menetelmässä ajattelu, tunteminen, aistiminen ja liike muodostavat kokonaisuuden, jonka hallitessaan oppija hallitsee kehonsa ja mielensä paremmin.	Koordinaatio, hengitys, joustavuus ja nivelen vapautus suurempaan liikelaajuuteen ovat työstettäviä asioita. Voiman lähteenä on lantio ja siihen kiinnittyneet lihakset. Toiminnan yhdistäminen on toimivan yhteyden rakentamista eri ulottuvuuksien, joita ovat liike, aistimus, tunne ja ajatus, välille.	Työskennellään paljon maassa, jotta painovoima ei vaikuttaisi ja lihakset pystyvät helpommin vapautumaan ja muuttamaan liikeratjoaan. Jokaisella tunnilla on teema. Harjoitus alkaa pienellä liikkeellä ja liikettä kehitetään useiden toistojen ajan hitaalla liikenopeudella ja lopulta on mukana koko keho. Liikettä ei keskeytetä, näin oppija oppii tekemään mitä ajattelee ja ajattelemaan mitä tekee. Pohditaan yksittäisen eristetyn liikkeen vaikutusta koko kehoon. Kun toimintaa toisella kehon puolella verrataan siihen kehon puoleen, joka ei ole vielä työskennelty. Ohjaajan ja oppijan kommunikointi tapahtuu koskettamalla ja on pääosin sanatonta.
Aleksander tekniikka (Bartal & Ne'eman 2001, 9-10; Rondenal 1987, 105.)	Periaatteena on murtaa väärit tavat, kuunnella kehoa ja löytää tarpeettomat jännitykset.	Tavoitteena on pitää selkäranka pitkänä ilman jäykkyyttä, hengittää vapaasti ja ymmärtää ulohengityksen tärkeys tyhjiön luomisessa keuhkoihin, mahdollistamaan pallean vapaan liikkeen.	Opetetaan oppilaalle pää-niska refleksi ja korjataan kehon asento liikkeiden helpottamiseksi.	Harjoitustekniikka perustuu pitkälti pään asentoon, pää eteenpäin ja ylös ja tämä vaikuttaa koko kehon asentoon ja liiketapoihin.
T'ai Chi Ch'uan (Bartal & Ne'eman 2001, 10–11.)	Pääperiaatteet ovat harmonia, tasapaino, tyyneys, Chi energian kierto ja vaivaton työskentely.	Tavoitteena on edistää terveyttä ja rauhallisuutta.	Työskentelymenetelmään liittyy paljon filosofista puolta. Oikeassa kehon käytössä hengitys on hyvää, sopusoinnussa painovoiman kanssa, keho tasapainotilassa ja liike vapaata virtausta. Tällöin voi saavuttaa henkistä ja tunteisiin liittyvää hyvinvointia	Liikkeet tehdään rauhallisesti ja sulavasti ilman pinnistelyä. Energiaa kontrolloidaan tietoisesti.
Jooga (Rautaparta 2005, 21–23.)	Joogan tekniikoita on käytetty stressin sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien hoidossa. Joogassa fyysisen harjoittelun osa-alue on hathajooga. Päämääränä joogan lajeissa on egokeskeisyyden ylittäminen ja sisäinen levollisuus. Tutkimukset vaikuttavat joogan positiivisia vaikutuksia hyvinvointiin. Harjoittelun vaikutukset ilmenevät parempana unen laatu, väsymyksen, selkävivun ja jännityspäänsäryn vähenemisenä ja keskittymiskyvyn paranemisena. Tehokkainta harjoittelun on todettu olevan ongelmien ehkäisyssä, koska sisäinen herkkyys ja havaintokyky lisäänty.	Alun perin joogan fyysiset harjoitteet ovat taanneet sen, etteivät kehon vaivat ja aistinauttinnot olleet valaistumisen esteenä. Tavoitteena on vapautua sisäisistä jännityksistä ja turhan paljon energiaa kuluttavista tavoista sekä kokea kokonaisvaltaista muutosta, joka alkaa pinnallisten lihasten rentoutumisesta ja jatkuu siten että, levollisuus tavoittaa sisäelimet ja hormonitoiminnan. Länsimaissa tavoitteena on pidetty kunnon kohottamista ja rentoutumista.	Harjoittelun tärkein asia on keskittynyt tietoisuus. Kun keskitytään vartalon kireimpään kohtaan, hengitykseen tai painovoiman vaikutukseen mielenkiinto siirtyy ulkoisesta suorituksesta sisäisiin tuntemuksiin. Kehontuntemuksen lisääntyessä joogaaja ei ylitä rajojaan väkisin. Harjoituksissa hyödynnetään hengitystä ja painovoimaa, aluksi tehdään pieniä keskivartaloa avaavia ja stabiloivia liikkeitä.	Hathajoogassa käytetään tekniikoina puhdistusmenetelmiä, liikkeitä, asentoja ja hengitystekniikoita. Manuaalinen ohjaus on tärkeää. Joogan puhdistusmenetelmistä mainittakoon nenähuuhdeltu, joka on tehokas ylähengitysteiden ja poskionteloiden ongelmassa. Hengitystekniikat ovat hathajoogan tärkeimpiä harjoituksia. Joogassa vartalon liike ja hengitysliike ovat koko ajan dialogissa keskenään, liike syventää hengitystä ja tietoinen hengitys vähentää hiukan liikerajoituksia. Tekniikat lisäävät hengityskapasiteettia ja aktivoivat parasympaattista hermostoa.

<p>Pilates (Ahonen 2007, 17–22.)</p>	<p>Pilatesharjoittelun kuusi kulmakiveä on hallinta, keskittyminen, keskustan käyttö, hengitys, täsmällisyys ja liikkeen virtaus. Pilateksessa liikkeen perustana toimii lantion pohjan lihasten aktivaatio. "Talon" takaseinä muodostuu syvästä poikittaisesta vatsalihaksesta ja multifiduksesta, sivuseinät muodostuvat vinoista vatsalihaksista ja etuseinä suorasta vatsalihaksesta, kattona on pallealihas. Kaikki raajojen liikkeet alkavat keskustan lihasten aktivaatiolla. Hengitys tukee liikkeitä.</p>	<p>Ryhdin korjauksessa ja rintakehän asennon parantamisessa kytkivälli lihasten merkitys on suuri.</p>	<p>Pilateksessa kehon hallinta ja liikkeen hallittu suorittaminen ovat avainasemassa harjoittelussa. Kehon hallinnassa tärkeimpänä voidaan pitää tasapainoa, muita huomioon otettavia asioita ovat kehonosien keskinäisten liikkeiden oivaltaaminen, liikkeen nopeuden ja suunnan hallinta. Keskittymisen kautta kehon kehollisuuden tunnistaminen ja oppiminen onnistuu paremmin. Keskittymistä tarvitaan myös keskustan käytön hallitsemisessa.</p>	<p>Sisäänhengityksen suuntaa harjoitellaan pallean alaspäin suuntautuvan liikkeen lisäksi kylkiin ja selkäpuolelle. Sisään- ja uloshengitys on hyvä suorittaminenäen kautta. Hengityksen perussääntö: Sisäänhengityksellä valmistaudutaan liikkeeseen ja uloshengityksen aikana tehdään liike, sisäänhengityksellä kohti alkuasentoa ja uloshengityksellä aktiivinen suoritus. Liikkeillä on tarkat alku- ja loppuasennot, selkeä suunta ja muoto, liikkeet eivät pysähdy ja ne tehdään ilman taukoja.</p>
<p>Tanssiterapia (Svennevig 2005, 98–99.)</p>	<p>Amerikan tanssiterapiayhdistyksen määritelmän mukaan tanssiterapiassa liikettä käytetään psykoterapeuttisesti. Tanssiterapiaa voidaan käyttää yksilö-, ryhmä- tai perheterapiana ja sen pääperiaate on lisätä ymmärrystä tunnekokemuksista.</p>	<p>Tunnekokemuksia pyritään ymmärtämään tulella tietoiseksi kehonsa tuntemuksista, liikkeistä ja asennoista.</p>		<p>Kun on oppinut ymmärtämään kokemuksiaan, voidaan opettaa tunteiden kontrollointia manipuloimalla kehon liikkeitä. Myös kosketusta terapiassa käytetään paljon.</p>