

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen koulutusohjelma,
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot
Toukokuu 2005
Tiina Granö

”KIPUSISKOISTA” OMAN KEHON OMISTAJIKSI

- kokemuksia kipupotilaiden ryhmämuotoisesta ruumiinhahmotusharjoittelusta

TIIVISTELMÄ

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli saada kokemuksia ryhmämuotoisesta ruumiinhahmotusharjoittelun soveltuvuudesta kipupotilaille. Kokemukset on kerätty 10 kerran ryhmäkokeilusta kipupotilaille. Ryhmässä käytin pääasiallisena menetelmänä Basic Body Awareness Therapy eli Kroppskänedom eli ruumiinhahmotusharjoittelua, joka on Suomessa vielä melko tuntematon menetelmä fysioterapian keskuudessa. Esim. Norjassa ja Ruotsissa tähän menetelmään on paljon enemmän koulutusta ja sen vuoksi sitä myös käytetään laajemmin.

Ryhmään osallistui 4 työikäistä kroonisesta kivusta kärsivää naista ja se koontui kerran viikossa tunnin kerrallaan 10 kertaa. Osallistujat kirjasivat aluksi tavoitteet paperille ja tavoitteisiin palattiin ryhmän lopussa, jolloin ryhmäläiset täyttivät myös kirjallisen palautelomakkeen. Havainnoin ryhmäläisten liikkumista, suhdetta alustaan, hengitystä ja myös ryhmäläisten välistä vuorovaikutusta ryhmätilanteiden aikana ja kirjasin ylös havaintojen lisäksi myös omat kokemukseni ja ruumiilliset reaktioni.

Osallistujat hyötyivät tästä ryhmäkokeilusta ja saavuttivat omat tavoitteensa hyvin. Tuloksina tuli esiin mm. parempi oman kehon tunnistus ja tasapaino ja rentoutuminen sekä rohkeus liikkumiseen. Kipu ei ollut ryhmän loppuvaiheessa enää ainut tuntemus ja asenne itseä kohtaan muuttui lempeämmäksi. Ohjaajana tekemäni havainnot olivat saman suuntaisia: alustasuhde ja rentoutuminen parantivat ja liikkeiden koordinaatio ja hengityksen virtaus lisääntyivät. Ryhmä tuli myös osallistujille sosiaalisesti merkittäväksi. Tutkimuksen tulokset olivat hyvin saman suuntaisia, kuin teoriaosuudessa käsittelemäni kirjallisuudesta tulleet tulokset isommissa otoksissa. Tästä kehittämistehtävästä saamiani kokemuksia voin hyödyntää jatkossa kipupotilaiden fysioterapiaa suunnitellessani ja toteuttaessani. Ryhmämuotoinen psykofyysinen fysioterapia osoittautui osallistujien palautteen mukaan toimivaksi ja omat havaintoni ohjaajana olivat saman suuntaisia.

Avainsanat: psykofyysinen fysioterapia, kipu, psykosomatiikka, ruumiinhahmotusharjoittelu, ryhmäterapia

KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTAA

Työskentelen sairaalan fysiatrian poliklinikalla ja suurin potilasryhmä siellä on krooniset kipupotilaat. Useat potilaistani ovat jo käyneet runsaasti yksilöllisessä ja ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa eri tahoilla. Yksilöllinen fysioterapia on sisältänyt fysikaalisia hoitoja ja lihasharjoittelua. Ryhmämuotoinen kipupotilaille suunnattu harjoittelu on koostunut lähinnä aktiivisesta melko rankasta harjoittelusta, joka vaatii osallistujilta melko hyvää kuntoa. Etsin nyt uusia keinoja tämän potilasryhmän fysioterapiaan, koska koen että heidät tulisi kohdata kokonaisvaltaisesti psykofyysistä fysioterapiaa hyödyntäen. Haluan korostaa ryhmäterapiassa resursseja ja terveyttä enkä vain patologiaa. Tavoitteenani on saada kokemusta ryhmän ohjauksesta ja kehotietoisuusharjoitteiden käytöstä. Lisäksi tavoitteenani on saada ryhmäläisiltä palautetta ja kehittämideoita ryhmän toteutumisesta. Osallistujien kannalta tavoitteena on antaa heille uusia kokemuksia omasta kehostaan ja lisätä heidän kehotietoisuuttaan.

2. TEORIAA

2.1. Basic Body Awareness Therapy eli ruumiinhahmotusterapia

Basic Body Awareness Therapy (B-BAT) eli Basal Kroppskännedom terapia on suomennettu Ruumiinhahmotusterapiaksi ja sen on kehittänyt ruotsalainen Gertrud Roxendal 1970-luvulla. Terapiamuodon kehittämiseen ovat vaikuttaneet monet keho-keskeiset terapeuttiset lähestymistavat, ilmaisevan taideterapiamuodot ja psykoanalyttikko, liikuntaterapeutti Jacques Dropsyn työ. Ruumiinhahmotusterapiassa tarkoituksena on työskennellä kehon kokonaisuuden kanssa ja sitä kautta ylläpitää ja edistää terveyttä ja voimavaroja ja vahvistaa tasapainon ja harmonian kokemusta. Työkaluina ovat perusliikkeet päivittäisestä elämästä, hieronta, hengitys ja tiedostamisen harjoittelu. Tärkeimmät asiat, joihin terapiassa keskitytään ovat: suhde alustaan, vertikaalinen tasapaino keskilinjassa, liikkeiden keskustalähtöisyys ja koordinaatio, hengitys, virtaus ja tiedostaminen. (Gyllensten 1999, Gyllensten 2001: 17-22) Tämän tyyppinen harjoittelu vaatii keskittymistä ja on henkisesti haastavaa, vaikka harjoitteet eivät fyysisesti olekaan vaativia. (Sommersten 2003)

Terapiassa terapeutin ja potilaan välinen suhde ja toisaalta mielen ja kehon välinen suhde ovat keskeisiä elementtejä. Kun ihminen käyttää kehoaan kokonaisuutena kehon ja mielen vuorovaikutus mahdollistuu. Moni ihminen ei käytä koko potentiaaliaan ja kaikkia mahdollisuuksiaan, koska ei ole tietoinen itsestään ja kehon ja mielen välinen kontakti on heikko. Tämän vuoksi liikkeistä tulee epätarkoituksenmukaisia ja asento on epätasapainoinen. (Gyllensten 2001. 18-20, Skajerven 2003: 7-8) Ruumiinlihahmotusterapia perustuu ajatukselle, että ihmisen liikkeessä näkyy myös emotionaalisia merkityksiä (Roxendal 1990).

Aaron Antonovskyn salutogeneettinen malli keskittyy terveyttä edistäviin tekijöihin vastakohtana patogeneettiselle sairauskeskeiselle lähestymistavalle. Salutogeneettisessä lähestymistavassa ollaan enemmän kiinnostuneita selviytymismekanismeista kuin stressoreista tai sairauden syistä. Ei nähdä pelkkää sairautta tai kipua, vaan koko henkilö, jossa on myös terveitä ominaisuuksia. (Antonovsky 1987:3-14) Salutogeneettinen ajatustapa on myös ruumiinlihahmotusterapian taustalla. Terapian peruselementtejä ovat asennon tasapainoisuus, vapaa hengitys ja henkinen tiedostus, läsnäolo ja näiden elementtien välinen integraatio. Terapiassa keskitytään henkilökohtaiseen kokemukseen liikkeestä. Terapeutin on oltava potilaan lisäksi tietoinen myös itsestään, jotta hän voisi kohdata potilaan oikealla motivaatitasolla ja pystyisi ohjaamaan ja valitsemaan sopivat harjoitteet. Tämä edellyttää terapeutilta oma kehotietoisuusharjoittelua. (Skjaerven 2003a:7, Skajerven 2003b, Gyllensten, Hanson & Ekdahl 2003) Tasapainon ja asennon paraneminen ja parempi kehon signaalien ja aistimusten ymmärtäminen ovat terapian tavoitteita. (Gyllensten, Hanson & Ekdahl 2003)

Jacques Dropsyn teoria ihmisyyden neljästä eri dimensiosta on yksi B-BAT:n taustalla olevista teorioista. Ensimmäinen dimensio on fyysinen ja anatominen ihmisyyden puoli. Tällä tarkoitetaan rakenteellisia ominaisuuksia kuten luan-koa, niveliä ja lihaksia. Toinen ihmisyyden dimensio on fysiologinen puoli ja sillä tarkoitetaan fysiologisia prosesseja, kuten verenkiertoa, hormonitoimintaa

ja hengitystä. Tämä dimensio edustaa liikkeen suhdetta aikaan, liikkeen virtausta, elastisuutta ja rytmiä. Kolmas dimensio on psykologinen aspekti, jolla tarkoitetaan sosiaalisia ja kulttuurisia ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita. Neljäs dimensio on puhtaasti ihmismäinen ja humaani ulottuvuus ja siihen liittyy itsen tiedostamisen ja reflektoinnin kyky, käsitys kokonaisuudesta yhtenäisenä inhimillisenä olentona. Tämä mielen mieli ("mind of the mind") on ihmisyyden perusta. Näiden ihmisyyden eri dimensioiden välinen harmonia ja yhteispele edistää terveyttä. Ruumiin hahmotusterapiassa pyritään ohjaamaan potilasta tunnistamaan näiden eri ihmisyyden puolien välistä yhteyttä ja saamaan kokemus kokonaisuutena olemisesta. (Skjaerven et al 2003, Skjaerven, Gard & Kristoffersen 2003)

2.2. Krooninen kipu psykosomaattisena oireena

Psykosomatiikan tutkija ja neurologi Markku T. Hyypä (1997) määrittelee kivun ruumiilliseksi tai ruumiillisesti koetuksi oireeksi (Hyypä 1997, 80). Kipu-aihdutus on aina täysin subjektiivinen ja ihminen kuvailee sitä sanoin ja ruumiillisella ilmaisulla. Kivun kroonistumiseen liittyy usein psyykkisiä tekijöitä, kuten masennusta, pelkoja tai ahdistuneisuutta. (Hyypä 1997, Estlander 1992, Kalso ym. 1993)

Aleksitymia eli kyvyttömyys eritellä ja nimetä tunteita liittyy usein kroonistuneeseen kipuun. Aleksityymisillä potilailla ongelmana on kehon signaalien tulkinta aina sairaudeksi, jolloin niitä ei nähdä luonnollisina reaktioina emotionaaliseen tilaan. Ilmaisemattomat ja tiedostamattomat tunteet siirtyvät ruumiin kannettaviksi ja tulevat esiin esim. lihasjännityksinä ja kipuina. (Mattsson 1998, Estlander 1992, 69, Hyypä 1997, 66-68)

2.3. Psykofyysinen näkökulma kipupotilaan fysioterapiassa

Kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla on usein kokemuksia siitä, ettei heitä oteta todesta tai vakavasti. Potilaille on tärkeää tulla nähdyksi, kuulluksi, ymmärretyksi, uskotuksi ja arvostetuksi sellaisena kuin he ovat ongelmiseen päi-

vineen. Tilanteessa läsnäolo, kuunteleminen ja kunnioituksen osoittaminen näkyy terapeutin omasta kehosta ja kuuluu hänen äänestään. Tämä hyväksyntä on tärkeää vaikka kivulle ei löytyisikään selitystä. (Steihaug, Ahlsen & Malterud 2002) Kivulla on merkitystä kokemuksena. Sitä ei tarvitse tulkita ja aina ei voi löytää syytä kivulle. Silti voi ohjata potilasta löytämään strategioita vaikuttaa siihen. Potilas voi oppia tekemään muutoksia itsessä tai sitten hän voi valita, että on muuttamatta mitään ja tämäkin tulee hyväksyä. (Steihaug, Ahlsen & Malterud 2002)

Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kanssa työskennellessä yksi tärkeä terapian tavoite on lisätä potilaan tietoisuutta omasta kehosta ja liikemalleista. Tietoisuuden kautta on mahdollista saavuttaa lihasjännitysten vähenemistä, rentoutumista, hengityksen vapautumista ja tasapainoisempi kehon asento. Kun saavuttaa oivalluksia ja selityksiä kipuun liittyen voi myös löytää vaihtoehtoisia selviytymismalleja erilaisiin tilanteisiin. (Steihaug & Malterud 2002, Ahlsen & Malterud 2002)

Ruumiinahmotusharjoituksia tehdessä on mahdollista löytää yhteyksiä oireiden ja elämän tapahtumien välille sekä tunteiden ja kehollisten aistimusten välille ja tulla paremmin tietoiseksi kehostaan, itsestään ja hengityksen ja tunteiden välisestä vuorovaikutuksesta. Kun terapia toteutetaan ryhmässä on myös mahdollista tulla tietoiseksi kehon asennon ja toisiin ihmisiin asennoitumisen välisistä yhteyksistä. (Steihaug, Ahlsen & Malterud 2001)

Eräässä tutkimuksessa, joka on tehty kroonisesta kipua kärsivien naisten ryhmäterapiasta oli tavoitteina vähentää kipua, lisätä hyvinvointia ja antaa potilaille oivalluksia ja työkaluja parempaan kivun hallintaan. Harjoituksia tehdessä potilaita rohkaistiin löytämään liikekeskus ja tulemaan tietoiseksi omista tunteista ja ajatuksista ja tiedostamaan mitä heidän sisällään tapahtuu. Harjoittelu perustui yksinkertaisille liikkeille, jotka tähtäsivät stabiliteettiin, tasapainoon, jännityksen vähentämiseen ja hengityksen vapautumiseen. Harjoituksissa keskityttiin

liikkeen ja kehon kokemukseen eikä niinkään kunnon paranemiseen tai lihasten vahvistukseen. Fyysisen harjoittelun lisäksi keskusteltiin tunteista, kuten esimerkiksi syyllisyydestä ja häpeästä. (Steihaug, Ahlsen & Malterud 2001)

Kipu heikentää usein itsetuntemusta, mutta terapeutin ja esim. muiden ryhmäläisten hyväksyvän asenteen avulla itsetuntemus on mahdollista löytää ja kehittää sitä uudelleen. Tätä kautta on mahdollista löytää myös uudenlainen asenne omaa itseään ja oireitaan kohtaan. (Steihaug, Ahlsen & Malterud 2002)

Rohkaistakseen potilaan motivaatiota ja sitoutumista fysioterapiaan, terapeutin on tärkeä löytää heti terapian alussa liikkeitä, jotka tuntuvat potilaasta miellyttäviltä. Tärkeitä asioita fysioterapeuttisessa prosessissa ovat huolehtiminen ja kosketus, omien resurssien löytäminen ja vastuun antaminen potilaalle omien kehon tuntemusten kokemisessa ja oman kehon omistamisessa. Kotiharjoitukset voivat olla silta terapiatilanteen ja ulkoisen maailman välillä. Kotiharjoitteet antavat myös hallinnan ja turvallisuuden tunnetta, jotain johon voi palata jos tuntee itsensä yksinäiseksi tai avuttomaksi. (Mattsson 1998)

Jokaisella ihmisellä on tarve tulla nähdyksi ja tunnistetuksi. Tämä tarve on hyvä huomioida myös kipupotilaiden terapiassa. On tärkeä kunnioittaa toista ihmistä omien kokemustensa omistajana. Terapeutti voi ottaa vastaan ja jakaa potilaan tunteita, vaikka niitä ja niiden taustalla olevia tilanteita välillä olisikin vaikea ymmärtää. Voi silti kysyä kysymyksiä, kuunnella ja ihmetellä yhdessä. Voidakseen toimia näin, terapeutin on oltava läsnä potilaalle ja myös itselleen ja omille reaktiolleen, lisäksi on oltava empaattinen. (Steidhaug & Malterud, 2002)

Monica Mattsonin (1998) tutkimuksessa kipu ajatellaan liittolaisena ja mahdollisuutena. Kipu hyväksytään, siitä ollaan kiinnostuneita, yritetään löytää erilaisia keinoja kuvata sitä ja ottaa näin siihen etäisyyttä. Tämän jälkeen on helpompaa saada se hallintaan. Kroonisessa kivussa käyttäytymisaspekti on usein tärkeämpi kuin kipu itse. Usein emotionaalinen stressi korreloi somaattiseen

sairauteen kuten kipuun. (Mattsson 1998)

Hengitys on silta tietoisien ja tiedostamattoman välillä ja se kertoo mitä kehosamme tapahtuu. Hengitys on myös silta kehon ja mielen välillä ja keskittymällä hengitykseen voimme tulla tietoisemmaksi koko olemassaolostamme. Hengitys voi vapauttaa koko kehon rytmisellä liikkeellä ja virtauksella. (Dropsy 2002: 19-21) Kun ihminen on stressaantunut ja ahdistunut, hengitys muuttuu helposti tiukaksi. Myös krooniseen kipuun liittyy usein jännittynyt hengitys. (Cooper 1996:20)

2.4. Vuorovaikutus Ruumiinhahmotusterapiassa

Terapeuttinen suhde ja vuorovaikutus ovat tärkeämpiä terapian tuloksen kannalta kuin mitkään terapeuttiset tekniikat. Vuorovaikutuksessa riittävän ajan ja tilan antaminen potilaan emotionaaliselle prosessille on tärkeämpää kuin keskustelun sisältö. (Gyllensten 1999) Fysioterapeutilta vaaditaan terapiamenetelmän hallintaa, kykyä tehdä terapiasopimuksia, kykyä auttaa potilasta löytämään omat resurssinsa, kykyä olla läsnä terapiatilanteessa ja käyttää sanatonta viestintää. (Gyllensten et al 2000, Gyllensten 2001:26-27)

Kehollinen empatia merkitsee kykyä ymmärtää toisen ihmisen kehollisia kokemuksia ja se on myös tärkeä tekijä potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. Ymmärtääkseen potilasta ja hänen oireitaan terapeutin on oltava avoin omalle keholleen, oivallettava oma fyysisyytensä, haavoittuvuutensa ja kuolevaisuutensa. Ei kuitenkaan tarvitse kokea kaikkia samoja oireita omassa kehossaan voidakseen ymmärtää. Terapeutti voi luoda ”affektiivisen resonanssin” havainnoimalla ja imitoimalla intuitiivisesti potilaan kasvojen ilmeitä ja kehollisia asentoja. On tärkeää olla vastaanottavainen kaikelle ilmaisulle ja oireiden esiin tuomiselle kuten kivulle, mutta on tärkeä ettei näe vain sairautta vaan myös muut ominaisuudet. (Rudebeck 1991: 79-82)

Terapeutin oma kehotietoisuus ja elämän arvot, kyky reagoida emotionaalisesti ja ymmärtää kehollisia reaktioita ja läsnäolo tilanteessa kaikilla tasoilla, myös emotionaalisesti vaikuttavat positiivisesti terapian tulokseen. (Gyllensten et al 2000).

Terapeutin vastuulla on nähdä resurssit silloinkin kun ne ovat niin pienet, ettei potilas itse pysty niihin luottamaan, kokiessaan kivun tai toimintahäiriön niin valtavana. Joskus on vaikea kohdata potilas sillä motivaation tasolla kuin hän todella on eikä vain sillä tasolla, jolla terapeutti toivoisi hänen olevan. Vuorovaikutuksen avulla terapeutti voi aktivoida potilaan resursseja ja se johtaa yhteistyössä tapahtuvaan ongelmanratkaisuun, vaihtoehtojen valintaan ja päätöksen tekoon. (Roxendal 1987: 37, 58-59, 65)

2.5. Ryhmän terapeutisia vaikutuksia

Ryhmätilanteissa on läsnä paljon kokemusperäistä tietoa ja jokainen osallistuja tuo ryhmään oman historiansa ja asiantuntijuutensa. Ryhmään kuulumisen tunne, kuulluksi ja nähdyksi tuleminen sekä kokemusten jakaminen ovat ihmisen perustarpeita. Kun ryhmä kootaan jonkin yhteisen ongelman, kuten kivun, ympärille voivat esim. kipu, elämäntilanne ja omat kokemuksetkin normalisoitua. On tärkeää huomata, ettei ole ainut, joka kärsii kivusta tai jostain muusta ongelmasta. Tätä kautta voi löytää uusia selviämiskeinoja ja jaksamista arkipäivän tilanteisiin. (Vilen, Leppämäki, Ekström 2002, 202-204)

Ryhmässä asioiden jakaminen voi myös antaa kokemuksen omista keinoista, voimista ja kyvystä auttaa jotakuta toista. Tämä koetaan yleensä itsetuntoa kohoittavana ja elämän hallintaa lisäävänä. Ryhmässä saatava sosiaalinen tuki ja kannustaminen antavat voimavaroja päivittäiseen elämään. (Vilen et al 2002: 202-204) Psykiatrian professori Irwin Yalom korostaa ryhmän ja ihmisten välisten suhteiden merkitystä ihmisen kasvussa ja kehittämisessä ja kaikessa muutoksessa. Hänen teoriassaan useiden oireiden katsotaan liittyvän ihmisen varhaiseen kehitykseen ja ryhmän toimivan ikään kuin uutena ”perheenä”, jossa

ongelmia voi käsitellä. Yalomien mukaan ryhmän terapeuttisista vaikutuksista tärkeimpiä ovat toivon ja positiivisuuden lisääminen ja ylläpitäminen, kokemus oireiden ja ilmiöiden yleisyydestä, kokemus lähimmäisenrakkaudesta ja toisten tukemisesta, toisilta oppiminen ”tässä ja nyt” työskentelynä, ryhmän yhtenäisyys eli koheesio ja toistensa hyväksyminen ja arvostaminen. (Yalom 1985, Skjaerven 2004: 3-9)

Jokaiseen ryhmään liittyy oma kehityskaarensa ja dynamiikkansa. Alun muo-
dolisessa vaiheessa osallistujat ovat usein epävarmoja ja varautuneita. Tätä
vaihetta seuraa tunteiden pintaan tuleminen ja avoimempi puhuminen ja ongel-
mien jakaminen. Mikäli ryhmä toimii hyvin seuraavaksi seuraa ”Onnellisuus-
vaihe”, jolloin yhteenkuuluvuuden tunne on suuri ja kokemus siitä, ettei ole-
kaan yksin ongelmansa kanssa on merkittävä. Sen jälkeen seuraa kriittisempi
vaihe, jolloin saattaa ilmetä kyllästymistä ja ärsyyntymistä ja ryhmän ohjaajan
aktiivisuus on tärkeää eteenpäin pääsemiseksi. Ennen lopetusta tulee osassa
ryhmiä vielä ”Kypsyysvaihe”, jonka aikana ryhmän jäsenten keskinäinen työ-
skentely syvenee. Lopettamisvaiheessa osallistujia rohkaistaan itsenäisyyteen ja
toimintaan ryhmän ulkopuolella. (Vilen et al 2002: 211)

3. KYSYMYKSET

Miten ryhmämuotoinen kehoitetoisuusharjoittelu sopii työkaluksi kroonisesti
kipua potevien fysioterapiaan?

- Millaiset ovat ohjaajan kokemukset ryhmän toteutumisesta?
- Millaiset ovat ryhmäläisten kokemukset ryhmään osallistumisesta?

4. TOTEUTUS

Ryhmään osallistui 4 työikäistä naista, joilla oli kroonista tuki- ja liikuntaelin-
ten kipua. Ryhmä kokoontui kerran viikossa 10 kertaa tunnin kerrallaan. Ryh-
mälaisillä oli mahdollisuus tulla tilaan 15 minuuttia ennen ryhmän alkua kes-

kustelemaan tai tekemään harjoitteita ilman ohjaajaa. Tämä ryhmäläisten ”oma 15-minuuttinen” toimi hyvin mm. ryhmähengen ja hyvän ilmapiirin luomisessa.

Useimpina kertoina ryhmän aluksi käytiin lyhyt kuulumiskierros, jonka aikana jokainen sai sanoa jotain senhetkisestä olostaan. Joinakin kertoina tästä löytyi myös teema harjoitteluun. Pariharjoitteet aloitin tämän ryhmän kanssa jo toisella kerralla ja siitä lähtien lopetimme jokaisen harjoituskerran lyhyeen parihierontaan. Otin mukaan myös ääniharjoitteita, jotka olivat melko vaikeita aluksi, mutta toivat taas uusia kokemuksia omasta sisätilasta ja rentoudesta tai jännittyneisyydestä. Myöhemmin teimme perusharjoitteiden lisäksi askelia Tai Chi –sarjasta ja osallistujat innostuivat tästä harjoitusmuodosta keskilinjan, painon siirtojen, liikelaaduilla leikittelyn ja liikkeen virtauksen harjoitteluna.

Tutkimusmenetelmäni olivat laadullisia. Kirjasin joka kerran jälkeen ryhmän prosessia, havaintoja osallistujien toiminnasta ja omia kokemuksia. Kirjasin myös jotain jokaisen ryhmäläisen tavasta liikkua ja olla mukana harjoituksissa. Havainnoin alustasuhdetta, liikkeen virtausta ja keskustalähtöisyyttä, asennon stabiiliteettia keskilinjalla, hengitystä ja ryhmäläisten henkistä läsnäoloa ja harjoitteluun keskittymistä, jotka ovat kaikki Ruumiinhahmotusterapian keskeisiä elementtejä. Käytin tietolähteenäni myös omia ruumiillisia tuntemuksia, ajatuksia ja tunteita.

Pyysin jokaiselta henkilökohtaiset tavoitteet ryhmän suhteen kirjallisena ja keskustelimme myös näistä tavoitteista ja palasimme niihin myös ryhmän viimeisellä kerralla. Yhdeksännellä kerralla jaoin ryhmäläisille kyselykaavakkeet, joissa oli avoimia kysymyksiä liittyen ryhmäläisten kokemuksiin muutoksesta ja ryhmän vaikutuksista sekä käytännön toteutukseen liittyvistä asioista. Ryhmäläiset palauttivat kyselylomakkeet viimeisellä kerralla.

5. TULOKSET

Ryhmän sisältöön liittyvässä kysymyksessä kaksi koki hyödyllisenä kaiken, mitä tehtiin. Kaksi mainitsi hyödyllisenä rentoutumisen ja jännityksen poistamisen, yhdessä mainittiin oman kehon tunteminen ja yhdessä tasapainoharjoitteet ja parityöskentely. Turhia harjoitteita ei ollut kenenkään mielestä. Kahdessa kyselylomakevastauksessa toivottiin hieman isompaa ryhmää. Joku toivoi tiheämpää toteutusta (2 kertaa viikossa)

Pyrin havainnoimaan ryhmäläisten liikkeen lisäksi ryhmäilmiötä ja mm. rooleja. Mietin mm. puheen ja liikkeen välistä suhdetta ja ryhmäläisten erilaisia tarpeita tämän suhteen. Fokus ryhmässä oli koko ajan kehollisessa kokemisessa ja rajoitin keskusteluun käytettyä aikaa tietoisesti Pyrin tuomaan keskustelun liikkeiden aiheuttamiin kehollisiin tuntemuksiin tässä ja nyt. Yhdessä kyselylomakevastauksessa tuli esiin toive pidemmästä ryhmän yhteistä keskusteluista. Ryhmän sisältöön liittyvään kysymykseen kaikki vastasivat kuitenkin olevansa tyytyväisiä puheen ja liikkeen väliseen suhteeseen.

Koin tärkeänä ylläpitää toivoa ja positiivisuutta ja löytää asioita, joille voimme myös nauraa yhdessä ja liikkeitä, joilla voi myös ”leikitellä”. Tämä vaati ohjaajalta välillä runsaasti aktiivisuutta, koska keskustelu alkoi herkästi pyöriä vain kipuun liittyvissä asioissa. Leikin elementti esim. tempoa kohottamalla tai mielikuvien avulla näkyi osallistujissa mm. liikkeen virtauksena ja rentoutumisena sekä spontaaneina ääнинä, nauruna ja huokaisuina. Ryhmän hyvä ja kannustava ilmapiiri mainittiin myös kyselylomakkeella tärkeänä tekijänä.

Osallistujia havainnoidessa suurin muutos näkyi heidän tavassaan pitää itsestään huolta ja osallistua harjoitteisiin omasta ruumiillisesta kokemuksestaan lähtien. Tämä kertoo mielestäni itsetiedostuksen lisääntymisestä. Ryhmäläiset pitivät taukoja ja venyttelivät ja haukottelivat harjoitteiden aikana ja se on mielestäni positiivista kehitystä tämän potilasryhmän kohdalla, koska he ovat pitkään olleet huomioimatta omia kehollisia signaalejaan. Jokaisen osallistujan

kohdalla näkyi myös selvästi alustasuhteen rentoutuminen ja ”juurtuminen”. Makuuasennossa tyynyjen ja erilaisten tukena olleiden rullien määrä väheni ryhmän kuluessa ja se kertoo mielestäni kehon joustavuuden ja rentoutumisen sekä alustakontaktin ja luottamuksen lisääntymisestä. Virtauksen lisääntymistä näkyi seisoma-asennossa varsinkin yhdellä osallistujalla yläraajojen ja vartalon liikkeiden parempana koordinaationa. Tämä henkilö oli myös seistessä loppuajana paremmin kontaktissa alustaan ja avautui keskusteluissa enemmän.

Ryhmän alkuvaiheessa ryhmäläiset antoivat toisilleen ohjeita erilaisiin tilanteisiin liittyen ja kokemuksia jakaessaan. Ryhmän keskivaiheessa (4 – 7 kerroilla erityisesti) ryhmätilanteissa tuli esiin myös ahdistusta ja voimakasta väsymystä ja jopa oireiden lisääntymistä. Lopetukseen liittyi monella toive jatkosta ja myös toteamus, että ryhmää jäädään kaipaamaan. Tämä tuli esiin sekä keskustelussa että kyselylomakkeissa.

Ryhmäläisten kokemuksia tavoitteista ja muutoksesta

Ensimmäisellä kerralla keskustelimme toiveista ryhmän suhteen ja silloin vastaukset olivat: *”oppia pysähtymään ja rentoutumaan, oppia hengittämään ja venyttelemään”*.

Toisella kokoontumiskerralla kirjatut **tavoitteet** olivat:

- *”Kroppa notkeammaksi, kipujen kanssa sinuksi, mieliala virkeämmäksi, mitä tehdä kun kipu yllättää”*
- *”Oppia rentoutumaan ja käymään jossain jumpassa”*
- *”Rentoutuminen, itsensä hellimistä, lihasten hallintaa, hyvä mieli, pikkuasioista nauttiminen, ettei narisisi pikku jutuista”*
- *”Lisää rohkeutta ja itseni tuntemusta”*
- *”Rentoutumisen ja kehon keskipisteen löytämisen myötä ryhdin parantuminen ja tasapainon hallinta”*

Kysymykseen tavoitteiden saavuttamisesta ryhmäläiset vastasivat: ”*tavoitteet melkein toteutui, toteutui paremmin kuin odotin, melko hyvin*”. Tavoitteiden saavuttamiseen koettiin vaikuttaneen mm.: ”*krooninen sairaus vaikuttaa etten pysty olemaan täysillä mukana, kotona voisi harjoitella niin pääsisi parempaan tulokseen, tein kotona myös liikkeitä esim. tiskatessa huomasin liikuttavani lantiota, hyvä vetäjä*”.

Ryhmän jälkeisellä yksilöllisellä käynnillä eräs osallistuja sanoi kokemukseensa: ”*Ryhmä antoi minulle uskallusta ja rohkeutta olla toisten kanssa ja auttoi tulemaan pois omasta kuorestani.*” Hänellä ryhmä toimi myös rohkaisevana muiden uusien liikuntaharrastusten kokeilemisessä ja liikkumisen lisäämisessä.

Ryhmässä tapahtuneista muutoksista mainittiin mm. *rentoutumisessa koko kehon tunnistaminen ja keskikohdan löytäminen, tasapainoliikkeissä keskikohdan löytämisen myötä parempi tasapainon hallinta, lantion seudun parempi liikkuvuus ja kipujen väheneminen*. Omaan panokseen oltiin pääosin tyytyväisiä samoin ryhmään sopeutumiseen..

Kivun merkityksen väheneminen tuli esiin keskustelussa. Aluksi oireiden kuvauksella oli suuri osuus kaikessa keskustelussa. Loppuvaiheessa kivusta ei enää keskusteltu niin paljon. Löytyi myös muita kokemuksia ja tunteita. Harjoitteiden aikana tulleita kokemuksia liitettiin myös päivittäisen elämän tilanteisiin pohdiskellen. Ryhmän antia koettiin pystyttävän hyödyntämään myös arkielämässä. Vastauksissa tuli esiin mm. hengityksen tiedostaminen eri tilanteissa ja parempi tasapaino ja parempi kehon hallinta esim. kävellessä. Ryhmässä koettiin hyvänä hyvä kommunikointi ja yhteishenki ja asioiden jakaminen vertaisryhmässä.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän kehittämistehtävän tulokset kertovat kehotietoisuusharjoittelun sopivuudesta kroonisille kipupotilaille. Mukana olleet ryhmäläiset muodostavat kuitenkin

kin pienen ja valikoituneen otoksen ja siksi tuloksen yleistäminen ei ole mahdollista. Kaikilla oli jo jonkin verran kokemusta kehotietoisuustyöskentelystä yksilöllisesti ja he olivat hyvin motivoituneita tämän tyyppiseen työskentelyyn. Kehotietoisuusharjoittelu sopii harjoittelumuodoksi kipupotilailla ja myös monille muille potilasryhmille, joilla mielen ja kehon yhteisvaikutukset ovat nähtävissä, kuten esim. depressiopotilaille tai paniikkihäiriöisille. Tämän menetelmän käyttö ja ryhmäläisten havainnointi vaatii ohjaajalta omakohtaista kokemusta harjoitteiden tekemisestä ja läsnäoloa tilanteessa. Jatkossa olisi hyödyllistä kehittää havainnointiin strukturoitu lomake, joka helpottaisi tilanteen seuraamista ja myös raportointia.

7. POHDINTA

Oli hyvä huomata, että ryhmätilanteessakin on mahdollista huomioida ja havainnoida yksilöitä ryhmän ollessa näin pieni. Ryhmän aikana aistit myös herkistyivät tälle havainnoinnille, kun oma ohjaustoiminta tuli varmemmaksi eikä vienyt enää niin paljon energiaa. Ryhmän loppuvaiheessa tuntui myös luontevalta antaa henkilökohtaisiakin ohjeita ja palautetta osallistujille. Itse huomasin taas todeksi kirjallisuudessakin tulleet kommentit terapeutin oman kehotietoisuuden merkityksestä. Kun menetelmä tulee tutuksi on vapaampi improvisoimaan tilanteessa ja reagoimaan ryhmäläisiin spontaanimmmin.

Ajan ja tilan antaminen ryhmäläisille ennen varsinaista ohjattua osuutta toimi hyvin. Tunti tuntui välillä melko lyhyeltä ajalta ja aiheutti keskusteluajan rajoittamisen aika lyhyeksi. Joku ryhmäläinen tarvitsisi ehkä enemmän aikaa uskaltaakseen ja ehtiäkseen sanoa omia ajatuksiaan ja toiset taas tarvitsevat rajoittamista. Ohjaajan rooli sallivana ja rajaavana vaatii aikamoista tasapainottelua. Monica Mattsonin kuvaus psykofyysisestä fysioterapiasta ”soveltamisen taiteena” kuvaa mielestäni tätä ilmiötä hyvin. Mielestäni 10 kertaa oli sopiva jakso, jossa ehti myös jo tapahtua muutoksia. Rajallisuus oli kaikkien tiedossa alusta

lähtien ja se ohjasi varmasti toimintaa ja loi turvalliset raamit tapaamisille. Tapaamiskerran pidentäminen 1 ½ tunniksi on jatkossa ehkä tarpeen.

Erään ryhmäläisen toive ryhmän sisällön vaihtelun lisäämisestä saattaa kertoa siitä, että osa harjoitteista jäi ehkä liian mekaaniselle tasolle. Tämä on vaarana silloin kun samoja harjoitteita toistetaan pitkään. Ohjaajana tähän tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja antaa osallistujille erilaisia mielikuvia tai ”tehtäviä” harjoitteiden aikana esim. välillä voi liikettä tehdessä keskittyä liikkeen muotoon ja välillä liikkeen laatuun tai esim. liikkeen intention muuttamiseen, jolloin tulee huomioiduksi ihmisen koko kokonaisuus.

Mikäli ryhmäkerran kesto olisi ollut pidempi olisi siihen voinut ehkä myös liittää enemmän ns. opetuksellista puolta kuten lyhyitä tietoiskuja eri asioista esim. liittyen rentoutumiseen, kivun kokemiseen tai mielen ja kehon yhteyteen.

Tämän pienen valikoituneen ryhmän harjoittelun ohjaaminen vahvisti uskoani ruumiinhahmotusharjoittelun merkityksestä kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden fysioterapiassa. Tämän tyyppistä harjoittelua tarvitaan muun lähinnä lihasvoiman ja fyysisen toimintakyvyn paranemiseen tähtäävän harjoittelun lisäksi.

Ryhmäläiset nimesivät ryhmän ensimmäisellä kerralla ”Kipusiskoiksi”, mutta kivun rinnalle tuli ryhmän aikana paljon muitakin ominaisuuksia ja tuntemuksia. Ryhmäläisten kokemukset kyvystään vaikuttaa omaan tilanteeseensa tukivat positiivista minäkuvaa ja toivat enemmän esiin terveitä voimavaroja. Matka kohti oman kehon parempaa tiedostamista ja hallintaa jatkuu sekä ohjaajalla että ryhmäläisillä.

LÄHTEET:

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass publishers, San Fransisco.

Cooper, D. (1996). *Beginning with the body.* In Pearson, J. (ed.): *Discovering the Self through Drama and Movement.* Athenaeum Press, Gateshead.

Dropsy, J. (2002). *Body attunement - the condition for body use.* In Skjaerven, L.H. *Quality of movement - the art and health, lecture on philosophy, theory and practical implications to Basic Body Awareness Therapy.* Bergen.

Eslander, A-M. (1992). *Kivun psykologiaa.* Kirjassa H. Alaranta, T- Pohjolainen, P. Rissanen & H. Vanharanta (toim.) *Fysiatria.* Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy.

Friis, S., Skatteboe, U-B., Kvamsdal, H. & Valgum, P. (1989). *Body Awareness Group Therapy for Patients with Personality Disorders, 2. Evaluation of the Body Awareness Rating Scale.* *Psychoterapy and psychosomatics* 51: 18-24.

Gard, G., Gyllensten, A.L. (2000) *The importance of emotions in physiotherapeutic practice.* *Physical Therapy reviews* 5: 155-160.

Gyllensten, A.L. Gard, G, Salford, E. & Ekdahl, C. 1999. *Interaction between patient and physiotherapist : a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective.* *Physiotherapy Research International*, 4

Gyllensten, A.L., Gard, G., Hansson, L.& Ekdahl, C. 2000. *Interaction between patient and physiotherapist in psychiatric care. The physiotherapist's perspective.* *Advances in Physiotherapy* 2:157-167.

Gyllensten, A.L. (2001). Basic Body Awareness Therapy. Doctoral dissertation, Department of Physical Therapy, Lund, Lund University.

Gyllensten, A.L., Hansson, L. Ekdahl, C. (2003). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement therapies*. 7: 173-183.

Hyypä, M. (1997). Tunteet ja oireet, uusin psykosomatiikka. Tampere: Tammer-paino oy.

Kalso, A., Vainio, A. Maunuksela, E. & Tiegerstedt, I. (1993). Kipu. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Malterud, K. (2001 a) The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet* vol. 358: 397- 400.

Malterud, K. (2001 b). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* vol. 358: 483-488.

Mattsson, M., Egberg, K., Armelius, K., Mattsson, B. (1995). Long-term effects of physiotherapeutic treatment in outpatient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry* 49: 103-110.

Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, L. (1998). Psychosomatic treatment of chronic pelvic pain – a prospective study with physiotherapist and gynaecologist in co-operation. In Mattsson, M.: *Body Awareness, applications in physiotherapy*. Doctoral Dissertation, Departments of Psychiatry and Family Medicine. Umeå. Umeå University.

Roxendal, G. (1985). *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Thesis. Gotenburg University.

versity.

Roxendal, G. (1987) Helhetsperspektiv. Fysioterapi inför framtiden.

Roxendal, G. (1990). Physiotherapy as an approach in psychiatric care with emphasis on Body Awareness Therapy. In Hegna, T., Sveram, M. (ed) Psychological and Psychosomatic Problems. Churchill Livingstone. New York.

Roxendal, G., Winberg, A. (2003). Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Natur och Kultur. Falköping.

Rudebeck, C.E. 1991. General Practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care Suppl, 83

Skjaerven, L.H. 2002. Quality of movement - Healthy movement aspects illuminated by greek Sculptures. In Quality of movement - the art and health. Bergen.

Skjaerven, L.H. (2002) Basic Body Awareness Therapy, Exercises, verbal guidance, observation and assesment of Quality of Movement. Bergen.

Skjaerven, L.H. (2003a). Basic Body Awareness Therapy – a guide to understanding, therapy and growth. Bergen.

Skjaerven, L.H. (2003b). Basic elements and dimensions to the phenomenon of quality of movement - a case study. Journal of Bodywork and Movement therapies 7: 251-260.

Skjaerven, L.H. (2004) ”Being in dialogue”, Basic Body Awareness in group therapy. Bergen.

Sommersten, V.R. (2003) *Body Awareness Group Therapy, well-being and health through use of Basic Body Awareness group therapy for people with chronic pain syndrome*. In Skjaerven, L.H. *Basic Body Awareness Therapy, a guide to understanding, therapy and growth*. Bergen.

Steilhaug, S., Malterud, K. (2002). Recognition and reciprocity in encounters with women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 20: 151-156.

Steilhaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2002). "I am allowed to be myself": women with chronic muscular pain being recognized. *Scand J public Health* 29: 1-7.

Steilhaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2001) From exercise and education to movement and interaction, Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scand J prim Health care* 19: 249-254.

Thornquist, E. 1990. Communication: What happens during the First Encounter between Patient and Physiotherapist? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 8: 133-138.

Thornquist, E. 1991. Body Communication is a Continuous process. The first encounter between patient and physiotherapist. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 9: 191-196.

Vilen, M. Leppämäki, P. Ekström, L. 2002. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla*. WS Bookwell OY Juva.

Yalom, I.D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books. New York.

