

effortti

2017
11 (1)



tässä numerossa:

Trauma kehossa ja keho trauman hoidossa

Tanssi-liiketerapia traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaan kokemana

Kehoon kätkeytyneistä muistoista kohti iloa ja toivoa - katsaus tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista traumataustaisten pakolaisasiakkaiden kuntoutuksessa

Terveiset Milanon EADMT-konferenssista ja General Assembly-kokouksesta

Palasia Milanon konferenssiesitelmästä: "The Invisible Fairy - narrative Dance-Movement Therapy"

**Suomen
Tanssiterapiayhdistys r.y**



Suomen Tanssiterapiayhdistys ry. on perustettu vuonna 2000. Yhdistyksen tarkoituksena on toimia tanssiterapeuttien ammatillisena verkostona ja tehdä tanssiterapiaa tunnetuksi Suomessa. Lisäksi yhdistys osallistuu tanssiterapiakoulutuksen kehittämiseen ja luo tanssiterapialle toimintaedellytyksiä. Yhdistyksen toiminnan kautta tanssiterapian ammattilaiset ja asiasta kiinnostuneet voivat vaihtaa ajatuksia ammatillisista kysymyksistä ja välittää toisilleen ajankohtaista ammatillista tietoa. Yhdistys tuottaa ja kerää materiaalia, järjestää jäsenilleen kokouksia ja koulutustilaisuuksia sekä tukee alan tutkimustoimintaa.

Effortti on tanssi-liiketerapia-alan aikakauslehti, jonka aihepiirejä ovat mm. tanssi-liiketerapian tutkimus, koulutus, kliininen käytäntö, ammatillisuus ja tanssi-liiketerapeutit.

Lehti ilmestyy kerran vuodessa. Tilaushinta v. 2017 on 10 €. Suomen Tanssiterapiayhdistys ry:n jäsenille lehti on ilmainen.

Julkaisija: Suomen Tanssiterapiayhdistys ry

www.tanssiterapia.net

Vastaava päätoimittaja ja taitto: Marko Punkanen

Toimitussihteeri: Elise Punkanen

s-posti: marko.punkanen@tanssiterapia.net

Toimitusneuvosto: Suomen Tanssiterapiayhdistyksen hallitus

ISSN-L 1799-6910

ISSN 1799-6910

©2017 Suomen Tanssiterapiayhdistys ry

EFFORTTI 2017, 11 (1)

| | |
|--|-----------|
| Päätoimittajalta | 1 |
| Puheenjohtajan palsta <i>(Päivi Pylvänäinen)</i> | 3 |
| Trauma kehossa ja keho trauman hoidossa <i>(Marko Punkanen)</i> | 4 |
| Tanssi-liiketerapia traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaan kokemana <i>(Pauliina Jääskeläinen)</i> | 17 |
| Kehoon kätkeytyneistä muistoista kohti iloa ja toivoa - katsaus tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista traumataustaisten pakolaisasiakkaiden kuntoutuksessa <i>(Ilona Tapanainen)</i> | 35 |
| Terveiset Milanon EADMT-konferenssista ja General Assembly- kokouksesta <i>(Liisa Jaakonaho)</i> | 50 |
| Palasia Milanon konferenssiesitelmästä: ”The Invisible Fairy - narrative Dance-Movement Therapy” <i>(Maarit Ylönen & Marja Cantell)</i> | 54 |
| Taideterapeutti - toistaiseksi tunnistamaton terveydenhuollon ammattilainen? <i>(Maria Svan)</i> | 57 |
| Ajankohtaista <i>(Marko Punkanen)</i> | 61 |

effortti

Suomen
Tanssiterapiayhdistys r.y



Päätoimittajalta

Vuosi 2017 on erittäin innostava suomalaisen tanssi-liiketerapian näkökulmasta. KELA:n rahoittama tutkimushanke **”Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille”** on käynnistynyt tänä keväänä tutkimukseen osallistuvien tanssi-liiketerapeuttien täydennyskoulutuksella. Tällainen täydennyskoulutus on tärkeä tutkimuksen kannalta, koska se vahvistaa ns. treatment fidelity periaatetta satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa.

Lisätietoa kyseisestä tutkimuksesta löydät täältä: <https://www.jyu.fi/edupsy/fi/laitokset/psykologia/tutkimus/tutkimussuuntaukset/psykoterapia/psykoterapia/right/projektit/ryhmamuotoinen-tanssi-liiketerapia-kuntoutusmuotona-masennuspotilaille/ryhmamuotoinen-tanssi-liiketerapia-kuntoutusmuotona-masennuspotilaille>

Tämä Effortin numero on keskittynyt tarumatisoitumiseen ja erityisesti sen kehollisiin vaikutuksiin ja kehon huomioimiseen trauman hoidossa. Traumatisoitumiseen liittyen lehdessä on kolme mielenkiintoista artikkelia. Ensimmäinen näistä on Marko Punkasen, artikkeli **”Trauma kehossa ja keho trauman hoidossa”**. Artikkeliki käsittelee traumatisoitumisen vaikutuksia kehoon ja kehon huomioimista trauman hoidossa.

Toinen artikkeli on Pauliina Jääskeläisen tanssi-liiketerapiaopintojen lopputyö **”Tanssi-liiketerapia traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaan kokemana”**.

Kolmas artikkeli on Ilona Tapanaisen lopputyö **”Kehoon kätkeytyneistä muistoista kohti iloa ja toivoa - katsaus tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista traumataustaisten pakolaisasiakkaiden kuntoutuksessa”**.

Liisa Jaakonahon kirjoituksen myötä pääsemme maistelevaan tunnelmia Milanossa viime syyskuussa pidetystä EADMT-konferenssista ja General Assembly-kokouksesta. Kyseisessä konferenssissa pitivät ansiokkaan esityksen ”**The Invisible Fairy - narrative Dance-Movement Therapy**” pitkän linjan tanssi-liiketerapeutit ja kouluttajat Maarit Ylönen ja Marja Cantell. Maistiaisia heidän konferenssiesityksestään pääsemme lukemaan Effortin sivulta 53 alkaen.

Maria Svan kirjoittaa taideterapeutti ammattinimikkeen tärkeydestä ja siihen liittyvistä näkökulmista. Maria on mukana työryhmässä, joka vie eteenpäin tätä kaikkien taideterapioiden yhteistä hanketta.

Tutuilla paikoillaan tässäkin Effortissa ovat puheenjohtajan palsta, jossa Päivi Pylvänäinen kirjoittaa KELA:n rahoittamasta tanssi-liiketerapian tutkimushankkeesta, sekä Ajankohtaista palsta, josta löydät tietoa tulevasta tanssi-liiketerapian koulutuksista.

Antoisia ja inspiroivia lukuhetkiä.

Mikäli sinulla on mielessä hyvä jutun aihe tai haluat kirjoittaa omasta työstäsi, tutkimuksestasi tai mistä tahansa tanssi-liiketerapiaan liittyvästä, niin ota rohkeasti yhteyttä päätoimittajaan.

Suomalainen tanssi-liiketerapia tarvitsee juuri Sinua, joten tule rohkeasti mukaan!

Aurinkoista ja rentouttavaa kesää ja tapaamisiin!

M.P

Puheenjohtajan palsta

Päivi Pylvänäinen

Asiat etenevät. Ajan myötä ja toiminnalla asiat etenevät. Nyt voimme innostuneina todeta, että olemme saaneet käyntiin laajan tutkimushankkeen tanssi-liiketerapian käytöstä masennuksen hoidossa. KELA:n rahoittama tutkimushanke toteutetaan vuosina 2017-2019 yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen kanssa. Tutkimushankkeen nimi on ”Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille: satunnaistettu kontrolloitu tutkimus”.

Tutkimushankkeella on tärkeitä tavoitteita. Keräämme laajan tutkimusaineiston, jossa mukana on kaikkiaan 160 henkilöä. Näin suuri aineisto tanssi-liiketerapiatutkimuksessa on kansainvälisestikin arvioituna ainutkertainen. Tutkimuksessa satunnaistetaan osallistujat tanssi-liiketerapia- ja kontrolliryhmiin, jotta voidaan verrata heidän vointiaan tutkimuksen seuranta-aikana. Näillä tutkimussuunnitelman piirteillä pyritään siihen, että saamme luotettavampaa tietoa tanssi-liiketerapian vaikuttavuudesta.

Toinen tärkeä tavoite hankkeessa on se, että tanssi-liiketerapiaryhmät toteutetaan ympäri Suomen. Näin tiedottamme tanssi-liiketerapiasta mielenterveyspalveluihin ympäri Suomen. Kerromme tanssi-liiketerapian soveltuvuudesta masennuksen hoidossa ja ylipäätään tanssi-liiketerapian peruseräistä. On hyvin myönteistä, että voimme viedä tätä viestiä mielenterveyspalvelujen toimijoille ja samalla tarjota masennuspotilaille mahdollisuuden maksutta osallistua ryhmämuotoiseen hoitojaksoon, jonka aikana ryhmätapaamisia on 20 kertaa. Kolmen kuukauden ajanjakson puitteissa ryhmäläiset saavat puolet kuntoutuspsykoterapian koko vuoden käyntikerroista, joita tyypillisesti on noin 40

vuodessa. Tämä tukee masennuksen psykoterapeuttisen hoidon saatavuutta, ja tässä KELA, myöntämällä rahoituksella, tärkeällä tavalla mahdollistaa tämän toiminnan.

Emme voi etukäteen tietää tutkimuksen tuloksia. Aiemman, pienemmällä aineistoilla toteutetun tutkimuksen perusteella voimme olettaa, että tanssi-liiketerapia vähentää masennusoireilua ja parantaa toimintakykyä. Haluamme tutkimuksessa selvittää lisää, kuinka tanssi-liiketerapia vaikuttaa psyykkisen oireilun ilmenemiseen ja kehonkuvaan. Tärkeä tietolähde ja ymmärryksen lisääjä on myös tutkimushenkilöiltä saatava palaute heidän kokemuksistaan tanssi-liiketerapiassa. Masennuksen hoitoa kehittelemme on tarpeellista kuunnella masentuneiden henkilöiden kokemusperäistä tietoa siitä, miten masennus heillä ilmenee ja kuinka he kokevat kehollisten kokemusten olevan osa muutosta ja toipumista.

Hankkeessa on mukana terapeuttien tiimi, jossa on kaikkiaan 12 tanssi-liiketerapeuttia eri puolilta Suomea. Heidän koulutuksensa juuri tässä hankkeessa toteutettavan tanssi-liiketerapiaintervention toteuttamiseen on alkuvuoden aikana tarjonnut tilan tanssi-liiketerapeuttien ammatilliselle keskustelulle, tiedon, kokemusten ja näkökulmien jakamiselle. On ollut todella innostavaa olla tässä mukana ja elävöityä tällaisessa suomalaisessa tanssi-liiketerapeuttien ammatillisessa yhteistyössä. Ja samalla se tukee tanssi-liiketerapian kehittymistä ja meidän taitoamme tuoda viisasta ja laadukasta terapiaa asiakkaillemme.

Trauma kehossa ja keho trauman hoidossa

Marko Punkanen

Avainsanat: trauma, somatoforminen dissosiaatio, vaiheorientoitunut hoito, polyvagaalinen teoria

Johdanto

”Traumaattisesta muistosta kärsivät potilaat eivät ole kyenneet toimimaan tavalla, joka olisi antanut heille voiton ja riemun kokemuksen”. (Janet, 1919/25, 663)

Silloin kun joudumme itseämme tai läheisiämme uhkaavaan tilanteeseen, laukaisee se meissä hyvin primitiiviset ja evoluution myötä kehittyneet toimintamallit, kuten taistelu- ja pakoreaktiot. Silloin kun nämä toimintamallit johtavat toivottuun tulokseen on kaikki hyvin, mutta kun näiden perusselvitysmiskeinojen käyttö estyy tai epäonnistuu jostakin syystä, emmekä pysty uhkaavassa tilanteessa toimimaan itseämme tyydyttävällä tavalla, on vaarana traumatisoituminen. Traumatisoitumisen aste ja vakavuus vaihtelevat riippuen siitä mitkä ovat kykymme käsillä tapahtunutta jälkeensä ja saammeko siihen tarvittavaa ulkopuolista tukea ja apua. Tässä artikkelissa käsittelen erityisesti traumatisoitumiseen johtavia fysiologisia tekijöitä ja trauman kehollisia vaikutuksia. Esittelen myös somatoformisen dissosiaation muodot sekä tänä päivänä traumojen hoidossa yleisesti hyväksytyt ja käytetyt vaiheorientoituneet hoitomallit. Trauman hoidossa käytettävien kehomenetelmien esittelyn yhteydessä keskeisenä taustateorianä käytän Stephen W. Porgesin polyvagaalista teoriaa.

Trauma ja traumatisoituminen

Trauma sanana tarkoittaa ”haavaa”, ”loukkausta”, ”vammaa” tai ”järkytystä”, joka voi luonteeltaan olla joko psyykkinen tai fyysinen. Psyykkisen trauman käsitteen esitteli ensimmäisen kerran saksalainen neurologi Eulenburg vuonna 1878, viitaten sillä stressaavan kokemuksen psykologiseen vaikutukseen ihmisessä.

Levinen mukaan trauma aiheutuu stressipitoisesta tapahtumasta, ”joka on normaalin inhimillisen kokemuksen ulkopuolella ja joka olisi merkittävän ahdistava lähes jokaiselle ihmiselle”. Tämä määritelmä pitää sisällään seuraavat epätavalliset kokemukset: ”vakava henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava tilanne; lapsiin, puolisoon tai muihin läheisiin ihmisiin kohdistuva uhka tai vahinko, kodin tai yhteisön yhtäkkinen tuhoutuminen; äskettäin vakavasti loukkaantuneen tai kuolleen ihmisen näkeminen” (Levine, 1997).

Edellä esitetty on hyvä lähtökohta traumaa määriteltäessä, mutta on kuitenkin tärkeää muistaa, että jokainen ihminen reagoi yksilöllisesti stressaaviin tilanteisiin ja on myös paljon muita tilanteita edellä mainittujen lisäksi, jotka voivat olla meille traumaattisia. Hermanin mukaan traumaattiset tapahtumat eivät ole epätavallisia siksi, että niitä tapahtuisi harvoin, vaan siksi, että ne ylittävät ihmisen tavanomaisen sietokyvyn (Herman, 1997). Toisin sanoen ”tapahtumat eivät ole traumaattisia sinänsä, vaan henkilölle niiden aiheuttaman vaikutuksen vuoksi” (Van der Hart et al., 2006).

Toistuvalla altistumisella merkittäville stressitekijöille näyttäisi olevan kaikkein vahingollisimmat vaikutukset. Esimerkiksi lapsuudessa koettu ja pitkään jatkunut kaltoinkohtelu lisää traumaperäisten häiriöiden ja vakavampien sekä laaja-alaisempien oireiden, kuten huumeidenkäytön (Dube et al., 2003) ja itsemurhayritysten (Dube et al., 2001) riskiä.

Traumaperäisiin häiriöihin kuuluvat sekä psyykkiset että fyysiset oireet, koska aivojen kehitys ja neuroendokriininen toiminta vaarantuvat (Dube et al., 2003). Krooninen traumatisoituminen on merkittävä tekijä kompleksisen traumatisoitumisen kehittymisessä. Sosiaalisen tuen puute luo myös merkittävän riskitekijän traumaperäisten häiriöiden kehittymiselle (esim. Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Tämä pätee erityisesti lapsiin, koska he ovat täydellisen riippuvaisia aikuisten avusta vaikeiden kokemusten integroimisessa. Lohtu, tuki ja hoiva ovat oleellisia yksilön psyykkisen suorituskyvyn ylläpitämisessä ja parantamisessa (esim. Runtz & Schallow, 1997), koska niillä on merkittäviä fysiologisesti rauhoittavia vaikutuksia (Schore, 1994; 2003) ja suotuisia vaikutuksia immuunijärjestelmään (Uchino et al., 1996). Esimerkiksi rauhoittava kosketus toimii vanhemman ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa merkittävänä stressin vähentäjänä ja auttaa lasta säätelemään voimakkaita emotionaalisia reaktioitaan (Kramer, 1990; Weze et al., 2005).

Dissosiaation määrittelyä

Silloin kun emme kykene syystä tai toisesta integroimaan kokemuksiamme riittävällä tavalla, voi se johtaa dissosiaatioon ja erilaisiin dissosiaatio-oireisiin. Alun perin dissosiaatiolla viitattiin persoonallisuuden tai tietoisuuden jakautumiseen (Van der Hart et al., 2006). Rothschildin mukaan dissosiaatio merkitsee tietoisuuden pilkkoutumista. Traumaattisen tapahtuman aikana ihminen voi eristää joitakin kokemuksen osia ja siten tehokkaasti vähentää tapahtuman vaikutuksia itseensä. (Rothschild, 2000.) Tällöin dissosiaation voidaan siis ajatella toimivan suojaavana tekijänä. Mikäli integroitumista ei kuitenkaan tapahdu ajan myötä, niin dissosiaatio alkaa näyttäytyä negatiivisena

toimintamekanismina. Dissosiaation määritelmä ei ole yksiselitteinen ja siihen liittyvää keskustelua käydään kaiken aikaa myös traumahoidon kentällä. Van der Hart kollegoineen on kirjoittanut useammankin ansiokkaan artikkelin dissosiaation määritelmästä (Van der Hart et al., 2005; Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Heidän mukaansa dissosiaatio on kompleksisen PTSD:n keskeinen piirre, jota ei ole riittävällä tavalla tunnistettu. Vuonna 2011 julkaistussa artikkelissaan van der Hart ja Nijenhuis kritisoivat käsitteen liian väljää ja epämääräistä käyttöä ja määrittelevät emotionaaliseen traumaan liittyvän dissosiaation seuraavasti:

”Dissociation, in trauma entails a division of an individual’s personality, that is, of the dynamic, biopsychosocial system as a whole that determines his or her characteristic mental and behavioral actions.”

Heidän määritelmässään dissosiaatioon sisältyy yksilön persoonallisuuden jakautuminen, joka näyttäytyy biopsykososiaalisesti kyseisen yksilön psyykkisissä ja fyysisissä toiminnoissa. Persoonallisuuden jakautuminen on traumatisoitumisen keskeinen tunnusmerkki, joka kehittyy silloin kun ihmisellä ei ole riittävää kykyä käsitellä ja integroida itselleen haitallisia kokemuksia. Dissosiaatio voi näyttäytyä monin eri tavoin. Esimerkiksi terapiassa traumatisoitunut asiakas saattaa muistaa traumatapahtuman yksityiskohtaisesti ja pystyy sen myös sanallistamaan terapeutille, mutta on täysin irti kokemukseen liittyneistä tunteistaan. Tällöin voidaan ajatella, että dissosiaatio on suojannut häntä tapahtumahetkellä liian voimakkailta ja kestäättömiltä tunteilta. Dissosioidut tunteet tulisi kuitenkin terapiassa pystyä integroimaan osaksi tapahtunutta traumakokemusta. Mikäli näin ei tapahdu, niin

asiakas voi kärsiä monenlaisista dissosiaatio-oireista. Esimerkiksi ahdistavien tunteiden aktivoitumisesta tilanteissa, joihin ne eivät millään tavalla kuulu, mutta joissa on joitain samankaltaisia piirteitä alkuperäisen traumakokemuksen kanssa. Nämä piirteet toimivat triggereinä ja laukaisevat menneisyyteen liittyviä reaktioita.

Dissosiaatio-oireet voidaan fenomenologisesti luokitella psykoformisiin ja somatoformisiin oireisiin. Psykoforminen dissosiaatio liittyy psyykkisten toimintojen, kuten ajatusten, mielikuvien ja tunteiden dissosioimiseen. Somatoforminen dissosiaatio puolestaan aistimusten, liikkeiden ja havaintojen dissosioimiseen. Kummassakin kategoriassa on lisäksi erotettavissa ns. negatiiviset (jotakin puuttuu) ja positiiviset (tunkeutuvat) oireet. Seuraavaksi paneudumme hieman tarkemmin somatoformiseen dissosiaatioon.

Somatoforminen dissosiaatio

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana tehty tutkimus ja kliiniset havainnot ovat lisänneet merkittävästi somaattisten dissosiaatio-oireiden tunnistamista ja tunnustamista (Bowman, 1998; Butler et al., 1996; Kihlstrom, 1992; Nijenhuis, 1999; Van der Hart et al., 2000; Nijenhuis et al., 2004). Somatoforminen dissosiaatio liittyy aistimusten, liikkeiden ja havaintojen dissosioimiseen. Somatoformisessa dissosiaatiossa voidaan erottaa ns. negatiiviset (jotakin puuttuu) ja positiiviset (tunkeutuvat) oireet. Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaatio-teorian (PRD-teoria) näkökulmasta negatiiviset oireet liittyvät pääosin päivittäisessä elämässä toimivien persoonallisuuden osan/osien kokemukseen omasta kehosta. Tällöin voi esimerkiksi esiintyä tunnottomuutta tai kipuherkkyyden katoamista. Positiiviset, somatoformiset oireet taas liitetään useimmiten trauma-aikaan juutuneiden persoonallisuuden osien

kehollisiin kokemuksiin. Poikkeuksia kuitenkin on. Esimerkiksi täydelliseen alistumiseen liittyvä trauma-aikaan juutunut persoonallisuuden osa voi myös kokea negatiivisia oireita, kuten kehon tunnottomuutta. Taulukossa 1 on esitetty keskeiset negatiiviset ja positiiviset somatoformiset dissosiaatio-oireet.

Polyvagaalinen teoria

“Voidakseen tehokkaasti siirtyä defensiivisistä strategioista sosiaalisen liittymisen strategioihin, nisäkkään hermoston täytyy pystyä suorittamaan kaksi tärkeää ja adaptiivista toimintoa: arvioimaan tilanteeseen liittyvä uhka ja mikäli tilanne arvioidaan turvalliseksi, hillitsemään primitiivisempien limbisten rakenteiden aktiivisuutta ja näin estää taistelu-, pako- ja jähmettymisreaktiot” (Porges, 2011)

Stephen W. Porgesin kehittämä polyvagaalinen teoria hahmottaa uudella tavalla autonomisen hermoston rakennetta, luonnetta ja toimintaa (Porges, 2011). Perinteisesti autonomisen hermoston on ajateltu jakautuvan sympaattiseen ja parasympaattiseen haaraan, jotka ovat antagonistisessa, vaikuttaja-vastavaikuttaja-suhteessa toisiinsa. Porges on kuitenkin tutkimustensa pohjalta esittänyt huomattavan paljon hienostuneemman ja integroituneemman mallin autonomisen hermoston kehityksestä ja toiminnasta.

Polyvagaalinen teoria viittaa jo nimensä puolesta vagushermon toimintaan ja siihen, että tällä hermolla on itse asiassa kaksi haaraa; dorsaalinen ja ventraalinen. Vagusherma on parasympaattisen hermoston päähermo, joka toiminnallisesti yhdistää aivomme kehoomme. Vagusherma liittyy kaikkien biologisten prosessien säätelyyn. Vagusherma on sekä ylhäältä-alas (aivoista kehoon) että alhaalta-ylös (kehosta aivoihin) viestittävä hermo. Itse asiassa 80% vagushermon säikeistä ovat aistisäikeitä (alhaalta-ylös).

Porges on lanseerannut teoriansa yhteydessä käsitteen neuroseptio, jolla hän tarkoittaa autonomisen hermoston kykyä arvioida hermoston tasolla sitä onko tilanne tai ihmiset ympärillämme turvallisia, uhkaavia tai jopa hengen vaarallisia. Neuroseptio on siis autonomisen hermoston tasolla toimiva mekanismi, joka arvioi sekä ulkoisia että sisäisiä ärsyksiä kaiken aikaa. Suurimmalla osalla ihmisistä tämä mekanismi toimii tarkoituksenmukaisesti. Vakava traumatisoituminen voi kuitenkin johtaa neuroseption toiminnan häiriintymiseen, jolloin ympäristöstä tai omasta kehosta tuleva informaatio voidaan tulkita väärin. Tällöin oikeasti turvallinen tilanne voidaan tulkita uhkaavaksi tai jopa hengen vaaralliseksi. Toisaalta neuroseption virhetulkinnat voivat johtaa myös tilanteisiin, joissa uhkaava tilanne tulkitaan turvallisiksi. Molempiin suuntiin tapahtuvat virheelliset arviot voivat olla monella tavoin ongelmallisia traumatisoituneelle ihmiselle. (Porges, 2011.) Neuroseption toiminta on esitetty Kuviossa 1.

Polyvagaalinen teoria esittää autonomisen hermoston kehityksellisen mallin ja sen kolme eri tasoa. Ensimmäinen näistä on evolutiivisesti varhaisin dorsaalinen vagus. Se on myelinisoitumaton vagushermon haara, joka löytyy lähes kaikilta selkärangkaisilta lajeilta. Tähän autonomisen hermoston osaan liittyvä reaktiomalli on passiivinen puolustautuminen hengenvaaralliseen tai autonomisen hermoston (neuroseptio) sellaiseksi arvioimaan tilanteeseen. Tähän reaktiomalliin liittyy liikkumattomuus (immobilisaatio) ja eläinmaailmassa sitä kutsutaan "valekuolemaksi". Traumateorian yhteydessä käytetään myös käsitettä "täydellinen alistuminen". Dorsaalisen vaguksen aktivaatioon yhdistetään lisäksi somatoforminen dissosiativinen anestesia eli tunnottomuus (Steele et al., 2005), sosiaalinen alistuminen sekä tietoisuuden tason alentuminen (Van der Hart et al., 2006) ja

häpeän tunne. Siihen liittyy myös sydämen sykkeen hidastuminen ja stressihormoni kortisolin erittymisen väheneminen.

Kehityksellisesti seuraava taso on sympaattinen hermosto, jonka reaktiomalleihin kuuluvat taistelu, pakeneminen ja tooninen jähmettyminen sekä myös kiintymyshuuto. Emootiotasolla tämän autonomisen hermoston osan toimintaan on liitetty paniikki (Panksepp, 1998). Tämän tason toimintaan liittyy myös sydämen sykkeen kiihtyminen ja kortisolin erittymisen vilkastuminen.

Kehittynein ja evolutiivisesti nuorin taso on erityisesti nisäkkäille ominainen ventraalinen vagus. Se on myelinisoitunut vagushermon haara, joka mahdollistaa sosiaalisen liittymisen järjestelmän aktivoitumisen. Se onkin olennainen osa laajempaa sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmää. Nisäkkäät tarvitsevat toisia nisäkkäitä säätelemään kehollisia tilojaan. Ventraalisen vaguksen tehtävänä on säädellä sympaattista hermostoa niin, että sen energia pysyy korkeana, mutta siihen defensiivisessä tilassa liittyvä vihamielisyys on poissa. Tätä Porges kutsuu vagaaliseksi jarruksi. Turvallisiksi koetussa tilanteessa ventraalinen vagus jarruttaa siis sympaattisen hermoston defensiivistä aktivaatiota, joka mahdollistaa sekä "leikkisän aktiivisuuden" että "liikkumattomuuden ilman pelkoa". Fysiologisesti tämä tarkoittaa sydämen sykkeen ja hengityksen hidastumista sekä nopeampaa sydämen sykevälivaihtelua. Vagaalisen jarrun tehokas ja tarkoituksenmukainen käyttö on keskeinen itsesäätelyn kannalta. Itse asiassa kun puhumme itsesäätelystä niin tarkoitamme fysiologisesti vagaalisen jarrun vahvistamista, jotta se pystyy tarkoituksenmukaisemmin säätelemään sekä sympaattista että primitiivistä parasympaattista hermostoa. (Porges, 2011.) Itsesäätelykyky voidaan mitata respiratorisen sinus arytman (RSA) avulla, joka tarkoittaa sydämen sykevälivaihtelun ja

hengityksen välistä synkroniaa. Mitä korkeampi RSA on, sitä toimivampi on yksilön fysiologinen säätelykyky. Traumatisoituminen näyttäisi vaikuttavan yksilöön RSA:ta laskevasti (kts. esim. Fourie, 2006).

Autonomisen hermoston ensimmäinen ja kolmas kehityksellinen taso liittyvät molemmat vagushermoon ja parasympaattiseen hermostoon, mutta johtavat aktivoituessaan erilaisiin reaktioihin. Traumapsykoterapian näkökulmasta polyvagaalinen teoria auttaa ymmärtämään traumatisoitumisen biologisia ja toiminnallisia reaktioita. Se ohjaa myös hoidossa tunnistamaan näitä reaktioita ja suuntaamaan terapeutista toimintaa niin, että se aktivoi ja vahvistaa ventraalisen vagushermon eli vagaalisen jarrun toimintaa. Tämä tarkoittaa erityisesti kehollisten interventioiden käyttöä, jotka auttavat säätämään autonomisen hermoston vireystilaa siedettävämmäksi ja sitä kautta vahvistamaan kokemusta omasta kehosta turvallisena paikkana. Tämä tarkoittaa myös sitä, että traumatisoitumisesta johtuva neuroseption vääristynyt toiminta saadaan palautettua tarkoituksen mukaisemmaksi. (Porges, 2011.)

Kompleksisten traumojen hoidossa teoreettinen viitekehys on integratiivinen. Teoreettisesti keskeisiä kulmakiviä traumapsykoterapiassa ovat PRD-teoria ja polyvagaalinen teoria.

Vaiheorientoitunut hoitomalli

“Niin kauan kuin kehomme tuntee olonsa turvallisiksi, aivomme vastaanottavat uutta informaatiota ja luovat uutta todellisuutta. Silloin kun juutumme traumamuistoon, kadotamme kykymme uuden tiedon vastaanottamiseen ja jumiudumme elämään mennyttä todellisuutta yhä uudestaan ja uudestaan” (Van der Kolk, 2003)

Traumapsykoterapeuttinen hoito perustuu vaiheorientoituneeseen hoitomalliin.

Vaiheorientoituneessa hoitomallissa hoidon

kulku voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: 1. Vakauttaminen ja oireiden lievittäminen, 2. Traumamuistojen hoito ja 3.

Persoonallisuuden integrointi. On kuitenkin tärkeää ymmärtää, että hoito ei suinkaan aina etene lineaarisesti vaiheesta toiseen, vaan käytännössä usein liikutaan vaiheiden välillä tarpeen mukaan. Esimerkiksi traumamuistojen hoidosta usein joudutaan palaamaan vakauttamiseen silloin kun traumamuistoja lähtee aktivoitumaan enemmän kuin mitä niitä on mahdollista asiakkaan siinä hetkessä käsitellä ja integroida.

Ensimmäisessä hoitovaiheessa ensisijaisena tavoitteena on palauttaa jonkinasteinen tasapaino asiakkaan päivittäiseen elämään, sekä auttaa häntä saavuttamaan henkilökohtainen turvallisuuden kokemus. Tavoitteena on myös vahvistaa asiakkaan kykyä huolehtia itsestään ja arjessa selviytymisestä. Ensisijaista on, että asiakas pääsee pois traumatisoivasta elinympäristöstään, mikäli hän siinä vielä on. Terapian aloittaminen ei ole kovin mielekästä, mikäli traumatisoituminen jatkuu asiakkaan elämässä edelleen. Terapiassa on tärkeää keskittyä asiakkaan psyykkisen tason vahvistamiseen. Tarkoituksena on kohottaa sekä päivittäisessä elämässä toimivan persoonallisuuden osan että tärkeimpien trauma-aikaan juuttuneiden persoonallisuuden osien psyykkistä tasoa ja vähitellen voittaa dissosiaatiivisiin persoonallisuuden osiin kohdistuvaa pelkoa. Tämä tarkoittaa sitä, että terapiassa täytyy opettaa asiakasta refleктоimaan omaa toimintaansa ja käyttäytymistään. Tämä onnistuu suhteellisen helposti silloin kun kyseessä on primääri rakenteellinen dissosiaatio. Sekundaarin ja tertiäärin rakenteellisen dissosiaation hoidossa tämä on huomattavasti haastavampaa ja vaatii enemmän aikaa. Kroonisesti traumatisoituneella asiakkaalla on myös usein vakavia kiintymyssuhteeseen liittyviä ongelmia, jotka tuovat terapian alkuvaiheeseen

omat haasteensa. Asiakkaan tulisi terapeutin avustuksella pystyä työstämään kiintymyssuhteeseen ja sen menettämiseen liittyvät pelkonsa riittävällä tavalla, jotta luottamuksellinen ja turvallinen terapiasuhteeseen saadaan luotua. (Van der Hart et al., 2006.)

Kompleksisesti traumatisoituneen asiakkaan oireistoon kuuluu usein autonomisen hermoston toiminnasta johtuvat vireystilan säätelyn ongelmat, mikä tarkoittaa hallitsematonta yli- tai alivireystilaan joutumista. Kun asiakas on yli- tai alivireystilassa, hän ei kykene integroivaan toimintaan terapiatilanteessa (esim. Ogden et al., 2006). Vakavasti traumatisoituneelle asiakkaalle oman vireystilan ja voimakkaiden tunteiden säätely on vaikeaa ja usein jopa mahdotonta, koska sisäiset säätelykeinot ovat traumatisoitumisen seurauksena vaurioituneet tai joissakin tapauksissa jääneet kokonaan kehittymättä (esim. Schore, 1994; Schore, 2012). Tällöin terapiassa etenkin alkuvaiheessa korostuu terapeutin toteuttama vuorovaikutuksellinen säätely, joka auttaa asiakasta pysymään läsnä tässä hetkessä ja estää häntä dissosioimasta ja joutumasta oman sietokyvyn ikkunansa ulkopuolelle (esim. Ogden et al., 2006). Jokaisella meistä on oma sietoikkunan leveys, joka vaikuttaa kykyymme käsitellä ja työstää vastaanottamaamme informaatiota. Silloin kun sietoikkunamme on leveä, kykenemme käsittelemään paremmin äärimmäisiä vireystilojamme. Sietoikkunan ollessa hyvin kapea, vireystilassa tapahtuvat vaihtelut koetaan hallitsemattomina ja pelottavina. Varsinkin kompleksisesta traumasta kärsivillä asiakkailla sietoikkuna voi olla hyvin kapea ja jo normaalikin vireystilojen vaihtelu voi aiheuttaa häiriöitä itsesäätelyssä. Traumapsykoterapiassa terapeutti auttaa asiakasta tiedostamaan ja tunnistamaan vireystilassaan tapahtuvia muutoksia ja löytämään sopivia kehollisia tekniikoita ja harjoituksia vireystilan säätelyn tueksi. Kuviossa 2 on esitetty yksinkertainen malli

autonomisen hermoston kolmesta vireysvyöhykkeestä ja niihin liittyvistä kokemuksista. Terapian tavoitteena on kasvattaa asiakkaan sieto-ikkunaa, joka terapian alussa voi olla hyvinkin kapea. Sietoikkunan kasvaminen tapahtuu vähitellen ja vaatii asiakkaalta systemaattista ja toistuvaa säätelykeinojen harjoittelua.

Traumatisoituneet asiakkaat kärsivät myös varsin usein kyvyttömyydestä olla tietoisia kehoistimuksistaan tai sanoittaa niitä. Tämä ongelma tunnetaan nimellä alexisomia (Bakal, 1999; Ikemi & Ikemi, 1986). Omassa terapiatyössäni, jossa yhdistelen traumapsykoterapian, musiikkiterapian ja tanssi-liiketerapian menetelmiä ja tekniikoita olen huomannut, että keskeistä hoidon alkuvaiheessa onkin auttaa asiakasta tulemaan tietoiseksi kehoistimuksistaan ja kokemaan, että oma keho voi olla myös turvallinen paikka olla ja asua. Tähän työskentelyyn soveltuvia tekniikoita ovat esimerkiksi erilaiset kehotietoisuusharjoitukset, keholliset ankkuri- ja turvapaikkatekniikat sekä turvapaikkamusiikin etsiminen ja sen käytön harjoittelu yhdessä asiakkaan kanssa (Punkanen, 2006a).

Traumahoidon ensimmäisessä vaiheessa on mielestäni tärkeää myös auttaa asiakasta löytämään oma luova tapansa ilmaista itseään, silloin kun verbaalinen ilmaisu on estynyt tai siihen ei ole kykyä. Tällöin luovien taideterapiamuotojen kuten musiikkiterapian ja tanssi-liiketerapian menetelmät nousevat keskeisiksi työskentelytavoiksi, koska ne mahdollistavat eri kokemisen tasojen (Punkanen, 2006b) huomioimisen ja siten varsin kokonaisvaltaisen itsensä ilmaisemisen.

Turvallisen rakenteen kautta tapahtuvat liike- tai musiikki-improvisaatiot ovat oman kokemukseni mukaan toimivia kehollisia ja kokemuksellisia työskentelymuotoja, joiden kautta asiakkaan psyykinen energiataso ja suorituskyky vahvistuvat. Lisäksi ne aktivoivat luontevalla tavalla asiakkaan leikin ja utkimisen toimintajärjestelmät (Van der Hart

et al., 2006) ja tarjoavat positiivisia ja mielihyvää tuottavia kokemuksia omasta kehosta ja sen aktiivisesta käytöstä.

Keho trauman hoidossa

Kykymme liittyä toisiin ja käyttää sosiaalista vuorovaikutusta säätelemään vagaalisia toimintoja; rauhoittamaan ja aktivoimaan itseämme tarpeen mukaan, häiriintyy emotionaalisen traumatisoitumisen myötä. Koska nämä traumatisoitumisen seuraukset ovat perustaltaan fysiologisia, on myös mielekästä lähestyä niitä hoidon kannalta kehollisesti. Vakauttamisvaiheen työskentelyssä ensisijaista on autonomisen hermoston säätelykyvyn kehittäminen. Vasta sen jälkeen on mielekästä aloittaa tunteiden ja uskomusten kanssa työskentely.

Terapeuttinen läsnäolo ja asiakkaan neuroseptio turvallisuudesta

Polyvagaalinen teoria auttaa ymmärtämään kuinka terapeutin terapeuttinen läsnäolo edesauttaa terapian toimivuutta vahvistamalla terapeuttista suhdetta ja asiakkaan turvallisuuden kokemusta hermoston tasolla (neuroseptio). Turvallisuuden kokemus onkin koko vakauttamisvaiheen työskentelyn lähtökohta. Terapeutin asennot, ilmeet, eleet ja puheen prosodia ovat tässä keskeisessä roolissa. Kehon avoin asento, pehmeä katsekontakti ja rauhalliset eleet viestivät turvallisuudesta. Samoin terapeutin puheen prosodiset elementit, kuten äänen sävy, äänen korkeus, sävelkulku ja intonaatio vaikuttavat oleellisesti asiakkaan turvallisuuden kokemukseen. Asiakkaan neuroseptio turvallisuudesta on havaittavissa fyysisten merkkien avulla. Näitä ovat esimerkiksi avoin asento, pehmeät kasvon piirteet ja rauhallinen hengitys. Näitä kehollisia vuorovaikutuksen elementtejä tietoisesti huomioimalla terapeutti voi merkittävästi edistää asiakkaan kokemusta turvallisuudesta. Terapeutti auttaa täten vuorovaikutuksellisen säätelyn kautta

asiakasta säätelemään autonomisen hermostonsa stressireaktioita. Terapeuttinen läsnäolo auttaa terapeuttia virittäytymään asiakkaan kokemukseen ja tunnistamaan sekä asiakkaan että omien kehollisten reaktioiden kautta milloin asiakas ei koe oloaan turvalliseksi. (Geller & Porges, 2014.)

Huomion suuntaamistaidon kehittäminen
Huomion suuntaamistaidolla tarkoitetaan kykyämme tietoisesti suunnata huomio valitsemaamme kohteeseen. Huomion suuntaaminen voi kohdistua joko ympäristöömme tai itseemme tai molempiin samanaikaisesti. Huomion kenttä voi olla tilanteesta riippuen joko laaja tai kapea. Esimerkiksi opiskellessamme jotakin uutta asiaa tarvitsemme kykyä kapeuttaa huomiotamme opiskeltavaan asiaan. Joissakin tilanteissa taas on tarpeellista, että pystymme laajentamaan huomiomme useampiin asioihin samanaikaisesti. Traumatisoituminen aiheuttaa yleensä suuria haasteita huomion suuntaamistaidossa. Traumatisoitumisesta johtuen asiakkaan huomio kiinnittyy hyvin helposti erilaisiin traumatriggereihin, sekä niiden aktivoimiin traumaoireisiin, jotka voivat olla psykologisia tai somaattisia. Näissä trauman aktivoitumistilanteissa asiakkaan on vaikea pysyä läsnä olevana nykyhetken turvallisuutta ilmentäville asioille, koska huomio kiinnittyy menneisyydestä kumpuavaan, mutta nykyhetkessä koettuun uhkaan.

Van der Hart kollegoineen puhuu tässä yhteydessä presentifikaation ongelmasta. Presentifikaatio on toimintaa, jossa samanaikaisesti olemme ja toimimme nykyhetkessä hyvin läsnäolevasti (Van der Hart et al., 2006). Presentifikaation tehtävänä on auttaa meitä organisoimaan ja muuttamaan toimintaamme ja tarvittaessa myös minäkäsitystämme. Presentifikaation ansiosta kykenemme muodostamaan perusteltuja uskomuksia itsestämme ja ympäristöstämme.

Se auttaa meitä toimimaan harkitusti, päämäärätietoisesti ja adaptiivisesti (Ellenberger, 1970). Ydinpresentifikaatiolla tarkoitetaan läsnäoloa tässä hetkessä ja käsitteenä se on mielestäni lähes identtinen tietoisien läsnäolon (mindfulness) käsitteen kanssa. Molemmissa keskeistä on kykymme suunnata huomionamme tietoisesti ja omasta tahdostamme nykyhetken kokemukseen ja erottaa mennyt ja tuleva nykyhetkestä. Haasteelliseksi traumatisoitumisen yhteydessä tämän tekee se, että kehomme reagoi traumakokemuksiin liittyvästä menneisyydestä käsin, mutta esimerkiksi autonomisen hermoston ylivireystila on totta nykyhetkessä. Vakauttamisvaiheen työskentelyssä huomion suuntaamistaidon kehittäminen on yksi keskeisistä asioista, jotta asiakas oppii tietoisesti ohjaamaan huomionsa niihin asioihin, jotka auttavat tietoisien läsnäolon (mindfulness) ja ydinpresentifikaation vahvistamisessa. Huomion suuntaamistaidon kehittymisen myötä asiakas oppii suuntaamaan huomionsa siihen mikä häntä parhaiten auttaa kyseisessä tilanteessa säätelemään autonomisen hermoston vireystilaa tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Toisinaan se voi olla ympäristön huomioiminen ja esimerkiksi kolmen asian/esineen havaitseminen ympäristöstä ja niiden sanallinen kuvailu. Joissakin tilanteissa taas on parempi suunnata huomio omiin kehollisiin aistimuksiin, esimerkiksi oman hengityksen tietoiseen havainnoimiseen. Molemmat esimerkit voivat tilanteesta riippuen auttaa asiakasta oman vireystilansa säätelyssä ja traumaoireiden hallinnassa.

Vireystilan säätelyn oppiminen ja kehollisten voimavarojen vahvistaminen

Schore (2012) jakaa itsesäätelykyvyn sisäiseen säätelyyn (auto regulation) ja vuorovaikutukselliseen säätelyyn (interactive regulation). Sisäisellä säätelyllä Schore tarkoittaa kykyämme säädellä omaa vireys- ja tunnetilaamme tarpeen mukaisesti ilman

toisen ihmisen säätelyapua. Rauhoittaa itsemme silloin kun vireystasomme nousee oman sietokykymme rajoille ja toisaalta aktivoida itsemme silloin kun vireystasomme laskee liian alas. Vuorovaikutuksellisella säätelyllä Schore puolestaan viittaa kykyymme käyttää vuorovaikutusta ja suhteita toisiin ihmisiin vireys- ja tunnetilojemme säätelyssä. (Schore, 2012.)

Terapeutin toteuttaman vuorovaikutuksellisen säätelyn kautta asiakas oppii vähitellen sisäisen säätelyn keinoja, jotka auttavat oman vireystilan säätelyssä. Schore (2012) kutsuukin terapeuttia asiakkaan vuorovaikutteiseksi, psykobiologiseksi säätelijäksi. Itsesäätelytaitojen kehittymisen kannalta on tärkeää, että terapeutilla on tarjota asiakkaalle erilaisia konkreettisia keinoja ja harjoituksia oman vireystilansa säätelyyn. Keholliset menetelmät kuten maadoittuminen, kehon linjaus, hengityksen tietoinen ohjaaminen ja kehityksellisten perusliikkeiden (esim. työntäminen ja vetäminen) käyttö voivat toimia tärkeinä apuvälineinä vireystilan säätelyn harjoittelussa. Niistä voi aikaa myöten muodostua asiakkaalle erittäin tärkeitä somaattisia resursseja. Somaattisilla resursseilla tarkoitetaan kehollisia keinoja säädellä omaa vireys- ja tunnetilaa niin, että on mahdollista pysyä läsnä nykyhetkessä ja omassa sietoikkunassa. Tärkeää on, että asiakas oppii tunnistamaan itsessään fysiologiset merkit vireystilan muutoksesta. Minkälaiset aistimukset ja tuntemukset kehossa kertovat vireystilan aktivoitumisesta tai laskemisesta? Asiakas voi alkaa vähitellen tunnistamaan esimerkiksi hengityksen pidättämisen tai lihasten jännittymisen. Tietoisuuden lisääntyminen vireystilan muutoksiin liittyvistä kehollisista merkeistä auttaa vähitellen tunnistamaan tilanteet, joissa on tarpeen ottaa käyttöön terapeutin kanssa opeteltuja somaattisia resursseja.

Kliinisen kokemuksen perusteella hengitys on yksi nopeimmista ja tehokkaimmista keinoista rauhoittaa autonomisen hermoston ylivireystilaa. Hengityksen tietoinen ohjaaminen sellaiseksi, että uloshengitys on sisään hengitystä pidempi näyttäisi erityisen hyvin aktivoivan vagaalisen jarrun toimintaa.

Alivireys on monesti haasteellisempi itsesäätelyn kannalta, koska silloin asiakkaan oma toimintakyky on varsin rajoittunutta. Tällöin korostuu erityisesti terapeutin toteuttama vuorovaikutuksellinen säätely, jolla terapeutti ohjaa asiakasta vireystilaa nostavien kehollisten voimavarojen käyttöön.

Keskeistä vireystilan säätelyn ja kehollisten voimavarojen harjoittamisessa on systemaattinen ja säännöllinen harjoittelu. Kyse on taidoista, joita täytyy opetella, harjoittaa ja vahvistaa kaiken aikaa. Proseduraalisen oppimisen näkökulmasta toistoja uuden toiminatamallin oppimiseksi täytyy olla tuhansia. On myös syytä muistaa, että toistojen lisäksi harjoitukseen täytyy liittyä tietoinen huomion suuntaaminen ja läsnäolo (ydinpresentifikaatio) omalle tekemiselle ja sen synnyttämille vaikutuksille ja muutoksille.

Lopuksi

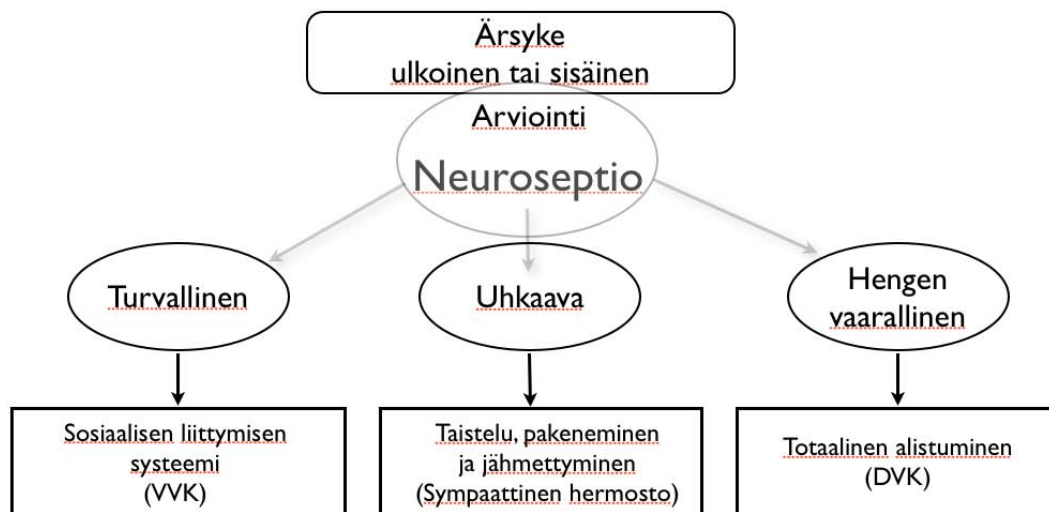
Kompleksinen traumatisoituminen johtaa monenlaisiin oireisiin ja haasteisiin asiakkaan elämässä. Trauma-aikaan juuttuneiden persoonallisuuden osien toimintatapumukset ovat dissosiativisessa tilassa (yli- tai alivireystila) tapahtuvia kaoottisia puolustusreaktioita. Niihin liittyy kestäättömän voimakkaita tunnekokemuksia, jotka aiheuttavat traumakokemuksen uudelleen kokemista ilman tilanteen helpottumista. Arkielämän toimintoja parhaalla mahdollisella tavalla hoitava persoonallisuuden osa pyrkii kaikin keinoin välttämään näitä trauma-aikaan juuttuneiden persoonallisuuden osien kauhistuttavia kokemuksia. Jotta asiakkaan tilanteessa voisi tapahtua helpotusta ja vakaantumista on hänen opittava uusia keinoja

ja taitoja, joiden avulla hän pystyy paremmin säätämään kokemuksiaan. Kehollisesti painottuneessa traumatyöskentelyssä tavoitteena on siirtyä edellä mainituista toimintatapumuksista aktiivisten puolustavien toimintojen suorittamiseen tietoisesta läsnäolon (mindfulness/ ydinpresentifikaatio) tilassa, sosiaalisen liittymisen järjestelmä ja vagaalinen jarru aktivoituneena.

Taulukko 1. Somatoformiset dissosiaatio-oireet (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

| | Somatoformiset dissosiaatio-oireet |
|---------------------------------------|---|
| Negatiiviset (jotakin puuttuu) | Aistimusten menetys; turtumus (kaikki aistit). Kipuherkkyden katoaminen; analgesia. Motoristen toimintojen menetys, esim. liikunta-, puhe- ja nielemiskyvyn menetys. |
| Positiiviset (tunkeutuvat) | Somatoformiset tunkeutuvat oireet, esim. "keinotekoiset" aistimukset ja kehonliikkeet. Pseudoepileptiset kohtaukset. Traumatisoivien tapahtumien uudelleenkokemisen somatoformiset puolet, esim. erityiset traumaan liittyvät aistimukset ja kehon liikkeet. Dissosiativisten persoonallisuuden osien välisen vuorottelun somatoformiset ulottuvuudet. Dissosiativisen psykoosin somatoformiset puolet. |

Kuvio 1. Neuroseptio: tiedostamaton, hermostollinen järjestelmä uhkan ja turvallisuuden arvioimiseen.



Kuvio 2. Vireysvyöhykkeet, sieto-ikkuna ja autonomisen hermoston reaktiot.



Lähteet

- Bakal, D. 1999. *Minding the body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: Guilford Press.
- Bowman, E. S. 1998. Pseudoseizures. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 649-657.
- Butler, L. D., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. 1996. Hypnotizability and traumatic experiences: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschrift Supplement), 42-63.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. 2000. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. 2001. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. 2003. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Ellenberger, H. F. 1970. *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Fourie, P. 2006. Effects of RSA feedback on Post-traumatic Stress Disorder symptomatology. http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/86
- Geller, S. M., & Porges, S. W. 2014. Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 24, No. 3, 178-192.
- Herman, J. 1997. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Ikemi, Y., & Ikemi, A. 1986. An Oriental point of view in psychosomatic medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(3), 118-126.
- Janet, P. 1925. *Psychological healing*. New York: Macmillan. (Original work published as *Les médications psychologiques*. (1919). Paris: Félix Alcan).
- Kihlstrom, J. F. 1992. Dissociation and conversion disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego: Academic Press, 247-270.
- Kramer, N. A. 1990. Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 16, 483-485.
- Levine, P. 1997. *Waking the tiger. Healing trauma*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Nijenhuis, E. R. S. 1999. *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, the Netherlands: Van Gorcum. Reprint: Norton, New York, 2004.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. 2004. Somatoform dissociation, reported abuse, and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678-686.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. 2011. *Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 416-445.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. 2006. *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. 2003. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Panksepp, J. 1998. *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Porges, S. W. 2011. *The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York, London: W. W. Norton & Company.

- Punkanen, M. 2006a. On a Journey to Somatic Memory. Theoretical and Clinical Approaches for the Treatment of Traumatic Memories in Music Therapy-Based Drug Rehabilitation. In D. Aldridge & J. Fachner (Eds.) *Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 140-154.
- Punkanen, M. 2006b. Musiikkiterapia osana huume kuntoutusta. Hoitoon kiinnittämisestä kokemusmaailman integroimiseen. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Rothschild, B. 2000. *The Body remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Runtz, M., & Schallow, J. R. 1997. Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 211-226.
- Schore, A. N. 1994. *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. 2003. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. N. 2012. *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. 2005. Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-related Phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol 6, 11-53.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. 1996. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. 2000. Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33-66.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006. *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2005. Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-23.
- Van der Kolk, B. A. 2003. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293-317.
- Weze, C., Leathard, H. L., Grange, J., Tiplady, P., & Stevens, G. 2005. Evaluation of healing by gentle touch. *Public Health*, 119, 3-10.

Kirjoittaja:

Marko Punkanen, FT,

*traumapsykoterapeutti VET, tanssi-
liiketerapeutti, musiikkiterapeutti, Certified
Sensorimotor psychotherapist, SPI Trainer,
Terapiakeskus Nyanssi, Lahti.*

marko(ät)nyanssi.net

www.nyanssi.net

Tanssi-liiketerapia traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaan kokemana

Pauliina Jääskeläinen

Abstrakti

Kehollisuuden näkökulma on noussut merkittäväksi osaksi traumaterapiatutkimusta. Tuoreimmista tutkimuksista sekä traumojen hoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa todetaan traumojen työstämisen ainoastaan kognitiivisella tasolla usein riittämättömäksi. Tanssi- liiketerapia (TLT) tarjoaa yhtenä kehoterapiamenetelmänä kokonaisvaltaisen lähestymistavan traumaperäisten häiriöiden hoitoon. Suoraan tästä näkökulmasta on tehty vain vähän tutkimuksia, joten tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa TLT:sta traumojen hoidossa.

Olen toteuttanut tämän tutkimuksen laadullisena toimintatutkimuksena yhden traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaani kokemuksista TLT-työskentelystämme. Koska tutkin ihmisen kokemuksia, selvitin ensin millaisiin asioihin tämänhetkinen ihmiskäsitykseni pohjautuu.

Asiakkaan itsesäätelytaidot lisääntyivät TLT:ssa, hän koki fyysisten kiputilojen lieventymistä ja kokonaisvaltaista kehollisten tunteiden, sekä mielen eheytymistä. Asiakas koki terapiakertojen aikana myös voimakkaita ilon ja vapauden tunteita. Tutkimusta tehtäessä terapia oli vielä kesken ja asiakkaan toiveiksi jatkoa varten jäivät: kehollisen eheyden tunteen leviäminen koko kehoon, terapiassa koettujen hyötyjen integrointi vielä enemmän arkeen ja

viimeisten persoonallisuuden osien sulautuminen häneen.

Eriytyinen vahvuus TLT:ssa traumoja hoidettaessa on mahdollisuus kehotietoisuuden lisäämiseen, mikä edesauttaa traumojen käsittelyä, takaumien hallintaa, sekä itsesäätelykykyä. TLT:lle ominainen keskittyminen tunteiden, ajatusten, neurobiologian ja somaattisten oireiden yhteyksien tutkimiseen voi myös lyhentää traumaterapian kestoa.

Tämän tutkimuksen yksi merkittävimmistä ja kenties aikaisempaan tutkimukseen uutta tuova ajatus liittyy ”meritähti”- harjoitukseen ja sen vaikutuksiin persoonallisuuden eri osien integraatiossa. Kun pirstaloitunutta kehonkokemusta pystytään muuttamaan, myös mielen osat lähentyvät toisiaan.

Avainsanat

Tanssi-liiketerapia, traumaperäinen dissosiaatiohäiriö, kehollisuus, ihmiskäsitys, kokemuksen tutkimus, toimintatutkimus

Johdanto

Käsittelen tässä artikkelissa traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän asiakkaani kokemuksia tanssi-liiketerapiasta (TLT) teoretiedon, havaintojeni ja asiakkaan haastattelun pohjalta. Yksinkertaistetusti dissosiaatio tarkoittaa lievimmillään jonkinlaista kehotuntumasta poissaoloa, esimerkiksi avainten olinpaikan unohtamisena ja vakavimmillaan se tarkoittaa persoonallisuuden lohkoutumista. (Levine, 2008; Huopainen, 2003; Ogden ym., 2009). Asiakkaani persoonallisuus oli jakautunut ”aikuisen minän” lisäksi yli 12 ”lapsiosaan”, joista terapiamme alkaessa oli vielä kaksi integroitumatta eli ne eivät olleet vielä sulautuneet hänen persoonallisuuden osikseen. (Ks. Boon ym., 2011; van der Hart ym., 2009).

Tutkimukseni voidaan luokitella toimintatutkimukseksi, sillä terapeutti-

opiskelijana pyrkimykseni oli auttaa asiakastani pääsemään hänen itse määrittelemiinsä tavoitteisiin. (Kuula, 2001). Roolini tässä tutkimuksessa on kaksijakoinen: toimin sekä asiakkaan terapeuttina että toimintamme tutkijana.

Empiirisenä aineistona tutkimuksessani käytin työharjoitteluraportteihin kirjaamiani havaintoja tästä asiakastyöskentelystä, sekä asiakkaalle tekemääni haastattelua terapiaprosessin loppupuolella. Tutkimuksen toteutin laadullisena kokemuksen tutkimuksena, koska se sopi mielestäni parhaiten juuri tämän tutkimuksen toteutustavaksi tutkimuksen kohteen ollessa ihminen ja hänen kokemuksensa.

Tutkimuksen ihmiskäsitys

Koko tutkimuksen tieteellisyys, uskottavuus ja pätevyys ovat Tökkärin (2015) mukaan olemassa vain suhteessa tutkijan tai auttajan ontologiseen oletukseen tutkimuskohteestaan. Rauhala (1983, 3) toteaa myös, että ”ihmistutkimus ja ihmiseen kohdistuva sekä hänen hyväkseen tarkoitettu toiminta monissa eri muodoissaan eivät voi parhaalla mahdollisella tavalla edistyä, ellei nykyistä paremmin ensin selvitetä sitä, millaisen tutkimus- sekä vaikuttamiskohteen kanssa ollaan tekemisissä.” Koska tutkimukseni käsittelee toisen ihmisen kokemuksia TLT- työskentelystä, katsoin aiheelliseksi tuoda näkyväksi ihmiskäsityksen, johon työskentelyni tanssi- ja liiketerapeuttina sekä kokemuksen tutkijana pohjautuu.

Olennaista Rauhalan monopluralistisessa näkemyksessä on ihmisen kokonaisvaltaisuuden korostaminen (Rauhala, 1982, 21). Tämän tutkimuksen kannalta se tarkoittaa sitä, että ihmisten kokemukset ovat ainutlaatuisia, eikä niitä pystytä varsinaisesti yleistämään. Kokemuksia voidaan kuitenkin vertailla keskenään ja löytää sekä samankaltaisuuksia että erilaisia kokemuksia

samasta aiheesta ja niiden kautta lisätä tutkittavan ilmiön ymmärtämistä jostain näkökulmasta.

Rauhala (1982, 25) tuo esille kirjassaan yhden mahdollisuuden jäsentää ihmistä kokonaisuutena, jolloin ihmisten olemassaolon perusmuodot jaotellaan tajunnallisiin, kehollisiin ja situationaalisiin. ”Sitä välttämättömyyssuhdetta, että tilanteen komponentin faktisuus on aina rajaamassa ja suuntaamassa sitä, mitä ihminen tajunnassaan kokee ja miten orgaaninen tapahtuminen hänen kehossaan etenee, kutsutaan esiymmärrykseksi.” (Rauhala, 1982, 34). Tämä esiymmärrys on aina läsnä myös terapiasuhteissa. Situationaalisuus on Rauhalan (1982) mukaan myös hetkellistä ja alati vaihtuvaa, sillä tilanteet, ihmisten olotilat ja aikaisemmat kokemukset muuttuvat ja lisääntyvät hetki hetkeltä.

Nykyisessä ihmistutkimuksessa ihmisen tajunta käsitetään kahden poolin, tiedostamattoman ja tietoisien väliseksi jatkumoksi. Tietoisuus ja tiedostamaton ovat siten kaksi ääripäätä, joiden välillä kokemukset aaltoilevat. (Rauhala, 2005.) Tiedostamattomat asiat tulkitaan Rauhalan (2005, 78) mukaan tietoisien mielen avulla. Rouhiaisen (2015) mukaan Rauhalan ajattelussa kehollisuudesta on kuitenkin aukko. Rauhala ei ole jostain syystä halunnut Rouhiaisen (2015) mukaan tutkia esimerkiksi kehon eleiden ilmaisevuuden merkitystä. Rauhala ei siis ole ottanut ajattelussaan huomioon kehollista ilmaisevuutta ilman, että se tarvitsisi tajunnallisuutta välittyäkseen. (Rouhiainen, 2015).

TLT:n ihmiskäsityksen mukaan ihmisen keho ja mieli ovat erottamattomat. TLT pohjautuu ajatukseen, jonka mukaan kehon liikkeet heijastavat ihmisen tunnetiloja ja muutokset liikekäyttäytymisessä aiheuttavat muutosta myös psyykkisesti. (Levy, 1988; Ullman, 2011.) Näin ajatellaan myös tuoreimmassa trauman hoitoa käsittelevissä

kirjoissa ja tutkimuksissa. (Ogden ym., 2009). Tätä näkemystä tukee biologisestakin näkökulmasta esimerkiksi tutkimus hormonimuutoksista, jotka aiheutuvat ”voima-asennossa” olemisesta. Tämän tutkimuksen mukaan ”voima- asennossa” olemisen aiheutti muutoksia myös käyttäytymisessä ja lisäsi voiman tunnetta, sekä riskien sietokykyä. (Carney ym., 2010). Tämä tarkoittaa sitä, että kehon liikkeillä ja asennoilla on yhteys mielen toimintaan.

Toisinpäin ajateltuna myös mielen liikkeet näkyvät kehosta. Damasio (2001) tuo esille sen, että tunteet ovat kehollisia, tuntuvat eri puolilla kehoa ja näkyvät myös ulkopuoliselle ihon värinä, kehon asentoina ja ilmeinä. Damasion (2001) mukaan ensiksi tulleet tunteet synnyttävät viitekehysten sille, mikä tulee myöhemmin. Tämä tukee Rauhalan (1982) näkemystä tilanteiden situationaalisuudesta.

TLT on omaksunut käsityksen, jonka mukaan ihminen pystyy havainnoimaan omia ajatuksiaan ja tunteitaan havainnoivan minän toimesta. Tätä käsitettä (havainnoiva minä) käytetään muun muassa Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (HOT), sekä Mindfulness- työskentelyssä. Emme siis ole yhtä kuin omat ajatuksemme ja tunteemme vaan meillä on ajatuksia ja tunteita, joita voimme havainnoida. Näiden havaintojen perusteella voimme tulla tietoisemmaksi omista valinnoistamme ja myös tehdä niitä tietoisemmin. (Hayes & Smith, 2008; Lappalainen & Lappalainen, 2014; Williams & Penman, 2014.) Myös traumaterapiakirjallisuudessa erotetaan havainnoiva ja kokeva minä, joiden yhteys toisiinsa on traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivillä häiriintynyt. (Rothschild, 2009).

Ihmiskäsitykseni jäsentyy siis useiden eri ajattelijoiden käsitteiden pohjalta. Käsitykseni on, että keho toimii TLT:n ajattelun myötä myös linkkinä tiedostamattomien

kerrostumien tuomisessa tietoisuuteen. (Levy, 1988). Havainnoiva minä puolestaan havainnoi näitä kehon kautta tietoisuuteen tulevia asioita. Tämä havainnointi lisää itsetuntemusta, sekä mahdollistaa myös muutosten tekemisen. (Hayes & Smith, 2008.)

Ihmiskäsityksessäni tätä tutkimusta tehdessäni yhdistyvät siis Rauhalan (1982) ihmiskäsitys ja erityisesti jaottelu kehoon, tajuntaan ja situationaalisuuteen, TLT:n käsitys kehon ja mielen ykseydestä, sekä havainnoivan minän käsite. Kehotietoisuuden lisääminen, joka tarkoittaa henkilökohtaista kehon tunteiden tiedostusta kehon ulkopuolisista ja sisäisistä ärsykkeistä on olennaista traumojen hoidossa. (Rothschild, 2000, 120).

Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää TLT:n soveltamismahdollisuuksia traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoidossa. Lähestyin aihetta kokemuksen tutkimuksena ja tutkimuskysymykseni olivat: Millaisia kokemuksia asiakkaalleni syntyi yhteisestä TLT- työskentelystä?

Tässä artikkelissani peilaan asiakaani kokemuksia traumaterapiakirjallisuuden tarkoitukseni tuoda uutta ymmärrystä tämänkaltaisten asiakkaiden kanssa työskentelystä erityisesti TLT:n menetelmien kautta.

Toimintatutkimus sopii mielestäni terapiaprosessin tutkimiseen erinomaisesti, sillä ajattelen, että myös terapiaprosessin tarkoitus on toimintatutkimuksen tavoin muuttaa tutkittavaa todellisuutta ja sosiaalista käytäntöjä. Toimintatutkimukseen otetaan tutkittavat mukaan aktiivisiksi osallistujiksi tähän tehtävään. (Kuula, 2001.) Ajattelen, että myös terapeutin rooli suhteessa asiakkaaseen on toimia yhteistyökumppanina ja tasavertaisena matkakumppanina.

Näen myös paljon yhtäläisyyksiä toimintatutkimuksen tekijän ja terapeutin kaksijakoisessa roolissa toisaalta asiantuntijana ja toisaalta tasavertaisena osallistujana. Muutoksen toteuttamisen keskeisin ristiriita erityisesti tutkimuksen luotettavuuden kannalta on se, kuinka paljon tutkijan täytyy ja kuinka paljon hän saa vaikuttaa prosessin kulkuun. Tätä ristiriitaa ovat toimintatutkijat pyrkineet ratkaisemaan sillä, että he ovat yrittäneet päästä irti kohteen odotuksista toimia sisällöllisesti ja rakenteellisesti ohjaavina asiantuntijoina. (Kuula, 2001.)

Toimintatutkimuksen tavoitteena on uuden tiedon tuottamisen lisäksi reaaliaikaisen muutoksen aikaansaaminen niitä edistämällä ja parantamalla. (Kuula, 2001). Terapian tavoitteen voidaan ajatella olevan yleisellä tasolla myöskin reaaliaikaisen muutoksen aikaansaaminen, mutta myös pidemmän tähtäimen vaikuttavuus.

Tässä tehtävässä minua on auttanut tutkijamainen ja erityisesti fenomenologisen tutkijan asenne, joka tarkoittaa pyrkimystä ennako- oletuksettomiaan tilaan, eli jatkuvaan reduktion harjoittamiseen. Tämä tarkoittaa omien tunteiden, ajatusten ja tuntemusten 'sulkeistamista', mutta ennen kaikkea niiden tunnistamista. (Heinämaa, 2000). Terapiatyössä näitä omia tunteita, ajatuksia ja tunteita voi ja tulee kuitenkin myös käyttää hyödyksi esimerkiksi interventoiden valinnassa.

Aineistoni koostui noin puolen tunnin mittaisesta asiakkaani haastattelusta, sekä työharjoitteluraportteistani liittyen yksilöterapiatyöskentelyyn asiakkaan kanssa. Lisäksi käytin aineistona kirjaamiani havaintojani asiakkaan osallistumisesta kahteen eri ryhmäterapiaani keväällä 2015 ja 2016. Litteroituna haastattelusta tuli yhteensä 5,5 sivua tekstiä. Haastattelun pääkysymykset ovat liitteenä (Liite 1), mutta niiden lisäksi tein

paljon lisäkysymyksiä ja täydentäviä kysymyksiä. Haastattelua tehdessäni pyrin antamaan asiakkaalle mahdollisimman suuren vapauden kertoa kokemuksestaan tanssi-liiketerapiassa. Haastattelun edetessä huomasin kuitenkin yhteisen kokemuksemme väistämättä ohjaavan täydentäviä kysymyksiäni ja litteroidessani materiaalia huomasin välillä ehkä liikaakin ohjaavani haastattelun kulkua ja suuntaavani huomiota omasta mielestäni työskentelyssämme ilmenneisiin asioihin. Tosin myös haastattelussa asiakas viittasi näihin yhteisiin kokemuksiin ennen kuin pyysin häntä kertomaan niistä tarkemmin.

Koin, että haastattelu sujui yhtä soljuvasti, avoimesti ja rennosti kuin koko yhteinen työskentelymmekin. Saatoin myös luottaa siihen, että tämä asiakas osaa oikaista minua, mikäli sorrun johdattelemaan liikaa tai oletan asioita väärin.

Valitsin tulkitsevan fenomenologisen analyysin (Interpretative Phenomenological Analysis, eli IPA) tutkimusmateriaalini analyysitavaksi, koska tutkimukseni kohteena on asiakkaan kokemukset tietystä aiheesta, eli TLT:sta. IPA:n tarkoituksena on selvittää kuinka ihmiset muodostavat merkityksiä jostain tietystä tapahtumasta, kokemuksesta tai tilasta. IPA on yksi fenomenologisista lähestymistavoista, sillä sen avulla tutkitaan henkilöiden elettyä kokemusta ja pyritään näiden kautta tuottamaan yleistä, objektiivista tietoa tutkittavasta aiheesta. (Smith & Osborn, 2008.)

Aloitin analyysin lukemalla litteroidun haastattelun läpi ja kirjoittamalla marginaaliin tiivistyksiä asiakkaan vastauksista, sekä muita kommentteja. Tämän jälkeen pyrin hahmottamaan, mistä vastauksessa oli tarkemmin kyse ja tiivistin niitä pyrkien kuvaamaan asiakkaan kokemusta. Kolmannessa vaiheessa etsin aineistosta teemoja, joihin vastaukset voisivat liittyä ja järjestin tiivistyksiäni näiden teemojen alle.

Neljännessä vaiheessa tarkensin teemoja ja jaoin niiden alle listaamiani kokemuksia alateemoihin ja asetin nämä taulukkoon. Jätin välistä vaiheen, jossa tulisi teemojen viereen taulukoida myös esimerkkejä haastattelusta. Ajattelen, että tämä ei ollut tarpeellista, sillä tutkin ainoastaan yhden haastateltavan kokemuksia. Lisäksi ajattelin lisätä esimerkkejä haastattelusta myöhemmin taulukkoa selittävään tekstiin, eli tutkimuksen tuloksiin. Lopuksi vielä tiivistin taulukkoa ja muokkasin hieman teemojen otsikoita sopivammiksi. (Smith & Osborn, 2008.)

Asiakas puhui terapiaprosessin aikana siitä, että hän on kirjoittanut erittäin paljon kokemuksistaan ja mainitsi, että ehkä joku joskus voisi kirjoittaa niistä hänen elämäkertansa. Tämä oli yksi kimmoke itselleni tämän työn kirjoittamiseen. Tuntui, että asiakas saisi omia kokemuksiaan dissosiaatiohäiriöstä esiin tämän tutkimuksen myötä, sen lisäksi, että tutkimus mahdollistaisi TLT:n menetelmien käyttökelpoisuuden tutkimisen dissosiaatiohäiriöiden hoidossa.

Asiakas suostui hetken harkittuaan haastatteluun ja terapiaprosessin avaamiseen tämän artikkelin puitteissa, kuitenkin niin, että häntä ei pystytä tästä tutkimuksesta identifioimaan. Olen saanut häneltä myös kirjallisen tutkimusluvan tätä artikkelia varten. Asiakas toi esille, ettei halua työnantajiansa tunnistavan häntä tästä tutkimuksesta. Tämän vuoksi en käytä tutkimuksessa hänen nimeään ja pyrin muutoinkin suojaamaan hänen anonymitteettiään mahdollisimman huolellisesti. Hänen nimensä ei käy ilmi myöskään haastatteluäänitteessä eikä sen litteroidussa tekstissä. Hävitän myöskin äänitteen viimeistään koulutuksemme päätyttyä, eli marraskuussa 2016.

Jotta tutkimukseni olisi luotettava ja täyttäisi tieteellisyyden kriteerit, olen tehnyt

tutkimusprosessini mahdollisimman läpinäkyväksi ja siten mahdollistanut samoihin johtopäätöksiin uudelleen päättymisen tämän tutkimuksen menetelmiä käyttämällä. (Tuomi & Sarajarvi, 2009).

Terapiaprosessin kuvaus

Asiakkaani, jonka kanssa työskentelystä halusin tämän tutkimukseni tehdä, on n. 60-vuotias nainen, jonka tapasin alun alkaen eräässä mielenterveyskuntoutujille ohjaamassani terapiaryhmässä. Noin vuosi tämän jälkeen laitoin viestin tämän ryhmän järjestäjäorganisaatiolle, että tarvitsisin harjoitteluasiakkaan yksilöterapiaan ja että toivoisin sen olevan joku tuosta ryhmästä. Tämä asiakas otti minuun yhteyttä ja aloitimme hyvin tiiviiksi suunnitellun yksilöterapian keväällä 2016.

Tapasimme asiakkaan kanssa kaksi kertaa viikossa 60 minuuttia kerrallaan 14.4.-23.6.2016 ja jäimme tämän jälkeen kesätauolle. Sovimme alustavasti tapaavamme vielä kaksi kertaa elokuussa, mutta mahdollisesti jatkamme vielä tämänkin jälkeen. Tutkimukseni kohdistuu siis hieman keskeneräiseen terapiaprosessiin, joten kohdennan sen tähänastiseen työskentelyymme.

Ensimmäisellä kerralla asiakas kertoi minulle, että hänellä on mitä ilmeisimmin traumaperäinen dissosiaatiohäiriö, joka alkoi häiritä hänen elämäänsä vasta noin 50-vuotiaana. Asiakkaan mukaan varsinaista diagnoosia hänelle ei ole tehty, mutta hän on käynyt kahdeksan vuoden ajan terapiassa pelkotilojensa vuoksi. Aloittaessamme yhteistä työskentelyämme hänellä oli (ja on edelleen) kesken traumaterapia, josta hän on kokenut hyötyvänsä paljon. Asiakkaan luvalla olen ollut yhteydessä hänen traumaterapeuttiinsa, jotta voisimme työskennellä yhteisten linjojen mukaan.

Traumaterapian ansiosta asiakkaan hyvin pirstaloitunut persoonallisuus (yli 12 lapsiosaa, joista hän kertoi yksityiskohtaisesti) oli alkanut eheytyä. Jäljellä oli enää kaksi lapsiosaa, joiden ristiriitojen hän koki haittaavan arjessa selviytymistä. Käsitykseni mukaan asiakas kärsii traumaan liittyvästä rakenteellisesta dissosiaatiohäiriöstä, joka ilmenee yleisimmin persoonallisuuden rakenteen yhtenäisyyden ja joustavuuden puutteena. (Resch, 2004, van der Hart ym.:n, 2009, 4 mukaan). Asiakas kertoi myös tuntevansa kehonsa hyvin pirstaloituneeksi, mikä tuntui siltä, kuin hän koostuisi erillisistä osioista, mutta nuo kehonosat eivät olisi tekemisissä toistensa kanssa.

Mielen pirstaleisuus ja erityisesti heikentynyt kyky yhdistää kokemuksia ovat tyypillisiä oireita traumoja kokeneelle. (Ogden ym., 2009, 4; Rothschild, 2000). Tämä pirstaloituminen on tapahtunut mielelle ylivoimaisten traumojen tapahtumisen aikana. Kun taisteluun tai pakoon ei ole mahdollisuutta, havainnoiva ja kokeva minuus erkaantuvat. Tätä kutsutaan dissosioinniksi. (Fraiberg, 1982; Steinberg, 1993 ja Rothschild, 2000, Huopaisen, 2003 mukaan.)

Kun lapsi kokee jatkuvasti uusia traumoja, tapahtuu aina enemmän persoonallisuuden lohkoutumista (Ferenzi, 1949, Huopaisen, 2003 mukaan), kuten asiakkaalleni on käynyt. Näin ollen asiakas ei pysty rauhoittamaan itseään, eikä ylläpitämään yhtenäistä minäkuvaa erillisten persoonan osien kesken. (Ferenzi, 1949, Huopaisen, 2003 mukaan).

Asiakas kertoi, että hän ei muistanut lapsuudestaan juuri mitään, mutta lapsiosiensa kautta hänen tietoisuutensa on noussut takaumia väkivallasta ja laiminlyönneistä hänen lapsuuden perheessään. Noin puolet dissosiaatiohäiriöistä käsivisistä on kokenut lapsuudessaan seksuaalista väärinkäyttöä ja vielä useammat hylkäystä, laiminlyönnejä ja vaillejäämistä, sekä monenlaista omien

tarpeiden välinpitämättömyyttä kohtelua. (Solomon, 2000, Huopaisen 2003, 206 mukaan). Tällainen kohtelu välittyi myös asiakkaani kertomuksista ja erityisesti hänen kertoessaan lapsiosistaan. Erityisesti hän toi esille itseensä kohdistuneita laiminlyönnejä ja hänen tarpeidensa välinpitämättömyyttä kohtelua. Kaksi jäljelle jäänyttä lapsiosaa kärsi juuri tällaisista kokemuksista. Asiakas mainitsi alussa myös, että hän on kokenut ”seksuaalista häirintää”, mutta sen tarkemmin emme keskustelleet asiasta.

Van der Hart ym. (2009, 224-225) ajattelevat, että Pierre Janet'n yli sata vuotta vanha kolmivaiheinen terapiamalli soveltuu edelleen hyvin dissosiativisen identiteettihäiriön hoitoon. Tuon hoitomallin mukaan ensimmäisen vaiheen tavoite on vakauttaminen ja oireiden vähentäminen, toisen vaiheen tavoite traumaattisten muistojen käsitteleminen ja kolmannessa vaiheessa persoonallisuuden (uudelleen)integroiminen ja kuntouttaminen. Asiakkaani kykenevyys lapsiosiensa integrointiin osoitti sen, että asiakas oli jo hyvin pitkällä toipumisessaan ja eheytyemisessään.

Aikaisemmat lapsiosat olivat sulautuneet asiakkaani persoonaansa erityisesti traumaterapian ansiosta siten, että asiakas on ymmärtänyt heidän tarpeensa ja osoittanut näitä lapsiosia kohtaan empatiaa. Käytännössä asiakas on hoitanut näitä lapsia mielikuvissaan siten, kuin heitä olisi tullut hoitaa traumoja aiheuttavan toiminnan sijaan. Jäljellä olevat lapsiosat olivat alussa ristiriidassa keskenään ja ymmärsin, että tämä on asiakkaalle hyvin hankalaa arjessa. Hän ei tiennyt, kumman lapsen mukaan toimisi, jotta kokonaisuus pysyisi tasapainossa. Koska asiakas oli jo löytänyt keinoja lapsiosien integroimiseen, ajattelin, että asiakas olisi valmis integroimaan loputkin lapsiosat itseensä.

Arkea häiritsivät myös pelkotilat, jotka saattoivat laueta hyvin monenlaisista asioista

ympäristössä. Joillakin kerroilla hän sai kiinni, mikä laukaiseva tekijä oli, mutta usein pelot vain ”vyöryivät päälle”. Tämä johtuu Rothschildin (2000) mukaan siitä, että ns. koettu minä ja havainnoitu minä eivät ole traumaattisen kokemuksen/kokemusten aiheuttaneen dissosioinnin vuoksi yhteydessä toisiinsa ja tämän vuoksi sisäiset tuntemukset tulevat tulkituiksi menneisyyden perusteella. Todellisuuden havainnointi heikkenee ja pahimmillaan vaara tuntuu vaanivan joka paikassa ja pelko on jatkuvaa. (Ogden ym., 2009; Rothschild, 2000.)

Asiakkaalla olivat päällimmäisinä kehollisina tuntemuksina yksilöterapiassa alussa kivut jaloissa ja alaselässä, päänsärky, sekä ruuansulatusvaivat. Jalkoihin liittyi terapiaprosessin aikana myös paljon muita tuntemuksia, kuten niiden väsyminen, heikkous, niiden painavuus kävellessä, sekä tuntemus, että ne eivät kuulu kehoon. Tällaiset tuntemukset ovat tavallisia traumoja kokeneille ihmisille. (Rothschild, 2000). Myös kurkussa ja nielussa hänellä oli epämiellyttäviä tuntemuksia, sekä ”pakahtumista” ja ”jumittamista” rinnassa. Tämän hän liitti toiseen jäljellä olevista tytöistä ja siihen, että tällä oli kokemus, että kukaan ei rakasta häntä.

Keskusteltuani asiakkaan traumaterapeutin kanssa, tulin tietoiseksi myös traumamuistojen aiheuttamista voimakkaista takauksista. Tämä oli erittäin hyvä tietää etukäteen, sillä tällaisia ei ollut ilmaantunut aikaisemmassa ryhmäterapiassa, mutta näitä takauksia alkoi tulla yksilöterapiassa heti alusta alkaen lähes joka kerta. Ne olisivat voineet säikäyttää minut, mikäli traumaterapeutti ei olisi antanut minulle tietoa niistä etukäteen. Takaukset tulivat lähes aina yllättäen ja monesti voimakkaina kehotuntemuksina ilman, että asiakas pystyi yhdistämään takauksia tarkasti mihinkään traumamuistoon. Takauksien

ilmentyminen on myös hyvin tyypillistä trauman kokeneille. (Rothschild, 2000).

Tullessaan yksilötanssiterapiaan asiakas ei siis ollut kaikesta päätellen traumojensa työstämisessä alussa, vaan paljon integroitumista oli jo tapahtunut ja hänellä oli jo paljon itsesäätelyyn liittyviä taitoja.

Aloitimme yhteisen työskentelymme alkuhaastattelulla, jossa olin erityisen kiinnostunut siitä, mihin asioihin asiakas toivoo saavansa TLT:sta apua, miten nämä asiat näkyvät arjessa ja miltä hänen kehossaan tuntuu alkutilanteessa. Alkuhaastattelussa asiakas kertoi, että kaksi viimeistä lapsiosaa toivat kumpikin esiin erilaisia tarpeita, joista keskeisiä tuntuivat olevan toiveet läheisten ihmissuhteiden muodostamisesta ja nähdyksi tulemisen tarve. Asiakas puhui myös suuresta syyllisyyden tunteesta, joka molemmilla lapsilla tuntui olevan. Tavoitteeksi tai toiveeksi tälle terapialle asiakas asetti toivomuksen olla ”villi ja vapaa”, mikä tarkoitti hänelle sitä, että hän voisi matkustella, osaisi hankkia ystäviä ja uskaltaisi liittyä näytelmäkerhoon. Asiakas kertoi, että hänen toiveenaan oli kahden viimeisen tytön integroituminen häneen.

Terapian alussa hahmottelin viisi työskentelyaluetta terapiallemme asiakkaan toiveiden, sekä traumaterapiakirjallisuuden pohjalta: 1. Turvallisuuden tunteen luominen, 2. Armollisuus itseä kohtaan (syyllisyyksistä vapautuminen), 3. Itseen ja omiin kokemuksiin hyväksyvällä tavalla suhtautuminen, 4. Itseluottamuksen parantaminen vuorovaikutussuhteissa, 5. Nähdyksi tuleminen ja 6. Kesken jääneiden liikkeiden loppuun suorittaminen (ks. Ogden ym., 2009).

Traumaterapiakirjallisuudessa tunnustetaan nykyään traumojen kehollisuus ja tosiseikka, että ainoastaan puheeseen perustuvat terapiamenetelmät ovat usein riittämättömiä yksistään auttamaan traumatisoituneita asiakkaita. (Ogden ym.,

2009, Rothschild, 2000).

”Psykkisperäisten ja kehoeräisten oireiden monimutkainen yhdistelmä edellyttää hoidossa sellaista lähestymistapaa, joka ottaa lähtökohtaisesti huomioon trauman vaikutuksen yhtä lailla kehoon kuin mieleenkin.” (Ogden ym., 2009, 5).

Traumakirjallisuudessa puhutaan traumaterapian erilaisista vaiheista hieman eri tavoin, mutta yhteistä niille on vaiheittainen eteneminen vakauttamisesta trauman käsittelyyn, uusien taitojen integrointi arkeen ja persoonallisuuden osien integraatio. Jotta näihin vaiheisiin voitaisiin ylipäättään ryhtyä, terapeutin ensimmäinen tehtävä on luoda turvalliset puitteet ja luottamuksellinen suhde asiakkaaseen. (Ogden ym., 2009; Rothschild, 2000; van der Hart 2009.) Tämä antaa pohjan kehotietoisuuden lisäämiseen ja turvalliseen itsen tutkimiseen. (Ogden ym., 2009, Rothschild, 2000).

Asiakkaalla on nähdäkseni hyvin voimakas mielikuvitus ja kyky heittäytyä kokeilemaan erilaisia harjoituksia. Terapeutina ajattelen, että juuri tällainen asenne, sekä halu aktiivisesti pyrkiä voimaan paremmin on ollut merkittävä edesauttava tekijä koko terapiaprosessissa. Terapeutina pyrin eroon asiantuntijan tai ohjaajan roolista ja pyrin omalla toiminnallani mahdollisimman tasavertaiseen yhteistyökumppanuuteen. Näin oman roolini siten, että olin asiakkaan tukena ja käytettävissä asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaan. Rothschild (2000) toteaa tosin, että yhteistä toimiville traumaterapiamuodoille on ollut, että ne ovat olleet hyvin strukturoituja. Kuitenkin yhteneväistä traumaterapiakirjallisuudelle on, että ne korostavat asiakkaiden yksilöllisyyttä ja asiakkaalle sopivassa tahdissa etenemistä. (Rotschild, 2000; Ogden ym., 2009; van der Hart, 2009). Ehkä Rothschild (2000) tarkoittaakin strukturoidulla terapialla nimenomaan vaiheittain etenevää terapiaa,

sekä eri vaiheisiin liittyvien tavoitteiden mukaisia interventioita.

Itselläni merkittävä oivallus terapeutiksi kasvamisessa liittyy ei-tietämiseen: asiakas itse on itsensä asiantuntija, enkä siten voi tietää mikä hänelle on parhaaksi. Oma terapeutin roolini ja asenne erityisesti tähän tutkimukseen liittämässäni asiakastyössä onkin ollut hyvin reduktiivinen. Tämä tarkoittaa sitä, että olen aina vain uudelleen ja uudelleen pyrkinyt olemaan olettamatta asiakkaasta mitään ja pyrkinyt suhtautumaan häneen ”ihmetyksellä”. (Heinämaa, 2000). Olen pyrkinyt korostamaan, että interventioni ovat vain ehdotuksia, jotka asiakas voi milloin tahansa hylätä ja ohjannut häntä luottamaan omiin tuntemuksiinsa siitä, mikä on hänelle hyväksi.

Tällainen työskentelytapa onnistui tämän asiakkaan kanssa osittain myös siksi, että asiakkaalla oli jo kokemusta TLT:sta ryhmäterapiana. Myös hänen persoonallisuutensa ja erityisesti hänen kykynsä ja halunsa heittäytyä innolla harjoituksiin mahdollistivat työskentelytavan, jossa asiakkaalla oli lopulta hyvin paljon vastuuta.

Terapian edetessä meille muodostui yhteinen, tutkiva ja leikkimielinenkin asenne työskentelyämme kohtaan. Haastavimmaksi tekijäksi muodostuivat yhtäkkiset takaumat, joita alkoi tulla melkein jokaisella terapiakerralla voimakkaiden fyysisten reaktioiden kera. Näiden takaumien ”yllätyshyökkäysten” hallinta muodostui yhdeksi toimintamme tavoitteeksi. Tällainen vakauttaminen ja itsesätelykyvyn parantaminen liittyvät traumaterapian alkuvaiheeseen. (Ogden ym., 2009; van der Hart, 2009; Rothschild 2000.) Toisaalta asiakkaalla oli jo aikaisempaa kokemusta mm. traumaterapiassa siitä, että hän pystyy kuitenkin jo jollain lailla hallitsemaan takaumia, palauttamaan itsensä tähän hetkeen ja hänellä oli luottamus siihen, että ”sieltä

kuitenkin aina tullaan takaisin”.

Valitsin usein interventiot intuitiivisesti ja kokeillen niitä yhdessä asiakkaan kanssa. Melvillen (2010) mukaan intuitio on tiedostamattoman mielen prosessi, joka sisältää implisiittistä tietoa, muistoja ja kokemuksia, jotka tuottavat impulsseja, mielikuvia, ajatuksia tai päätöksiä, joilla ei näytä olevan mitään rationaalista selitystä. (Melville, 2010, 2). Intuitiivinen työskentely tuntui olevan sopiva juuri tämän asiakkaan kanssa työskentelemiseen, sillä lähtökohtana jokaisella kerralla olivat asiakkaan sen hetkiset tarpeet ja toiveet. Jos joskus suunnittelinkin tiettyjä harjoituksia jollekin kerralla, harvoin ne ainakaan sellaisinaan toteutuivat. Tämän asiakkaan kanssa pystyin myös rentoutumaan riittävästi itsekin, jotta intuition mukaan eteneminen oli mahdollista. (Melville, 2010).

Terapian ohjeistetut harjoitukset (interventiot) liittyivät turvallisuuden tunteen luomiseen, kehoyhteyksien luomiseen, juurrutukseen (maadoittamiseen), liikepolariteettien tutkimiseen, nähdyksi tulemisen kokemukseen, terapiasuhteen vahvistamiseen, kehon rajojen vahvistamiseen, impulssien kontrollointiin, vireystilan säätelyyn, omien toiveiden ja tarpeiden tunnistamiseen ja validointiin, takaumien kontrollointiin, voiman ja pystyvyyden tunteen vahvistamiseen, sekä oman persoonallisen liikkumistavan tunnistamiseen (myös lapsiosille tyypillisten liikkumistapojen tunnistamiseen). Kosketusta ei varsinaisesti suositella traumatisoituneiden asiakkaiden hoidossa transferenssin mahdollisuuden vuoksi (Rothschild, 2000), mutta itse en vältellyt kosketusta, varsinkin kun asiakas itse mainitsi toivovansa kosketusta ensimmäisellä tapaamiskerrallamme. Olen kuitenkin aina varmistellut, että kosketus on ollut sellaista, mitä asiakas toivoo ja että hänen mielensä pysyisi silloisessa hetkessä.

Taulukko 1 esittelee toimintaamme. Rasteilla olen merkinnyt mihin traumaterapian osa-alueeseen työskentelyalueemme mielestäni liittyivät.

Työskentelymme kulki havaintojeni mukaan kaikkien kolmen traumaterapian vaiheiden välillä. Ajattelen, että toisaalta tämä voi johtua siitä, että asiakas oli jo osittain hyvin pitkällä traumojensa työstämisessä, eli mahdollisesti jo vaiheessa 3. Toisaalta jäin pohtimaan, että TLT menetelmänä ja lähestymistapana on kuitenkin aivan omanlaisensa, eikä sen vuoksi ehkä etene aivan samalla tavalla kuin muut traumaterapiamuodot. Van der Hart ym. (2009, 225) toteavat myös, että kehämäinen eteneminen lineaarisen sijasta on tavallista kompleksisissa tapauksissa.

Tutkimuksen tulokset

Jaottelin asiakkaan haastattelussa esiin tuomat kokemukset kuuteen teemaan: Kokemuksiin terapian käytännön järjestelyistä, takaumiin liittyviin asioihin, itsesäätelyn oppimiseen TLT- tehtävien avulla, myönteisten kehotuntemusten ja tunnekokemusten syntymiseen terapiassa, lapsiosien integraatioon ja tulevaisuuden odotuksiin (Taulukko 2).

Jaottelin teemat mielestäni sopiviin alateemoihin, jotka kuvasivat jotain kokemuskokonaisuutta. Taulukon viimeiseen sarakkeeseen kokosin tulkintojani asiakkaan kokemuksista haastattelun perusteella.

Asiakas koki, että yksilöterapia sopi hänelle paremmin kuin ryhmäterapia, sillä ryhmäterapiassa hän koki muut ryhmäläiset usein uhkaaviksi ja ryhmätilanteet laukaisivat joskus pelkotiloja hänessä. (Havainto ryhmäterapiasta 2015; Haastattelu 20.6.2016). Terapiasuhteen yksilö- TLT:ssa asiakas koki avoimeksi ja vilpittömäksi. Erityisen tärkeää asiakkaalle oli kokemus siitä, että hänelle ei tullut terapiassa paineita olla jollain tietyllä tavalla ja että en terapeuttina asettanut

tällaisia paineita. Työskentely tapahtui terapeutin ja asiakkaan yhteistyönä ja sitä kuvaa hyvin asiakkaan kommentti haastattelussa: ”Minusta on ollu tosi mukava tulla aina tänne ja kattoo, että mitähän nyt keksitään.” (Haastattelu 20.6.2016).

Takaumien ilmentymiseen liittyi aina voimakas fyysinen reaktio: todellisuudentajun menettämistä, huimausta, tasapainon menetystä ja pahoinvointia. Takaumat alkoivat aina yhtäkkiä ja hyvin monenlaisissa tilanteissa. Niitä oli lähes mahdoton ennustaa. Tämä on Rothschildin (2000) mukaan hyvin tyypillistä traumaattisia tapahtumia kokeneiden takaumille ja niiden yhtäkkisyys tekee niistä myös terapeutille haastavia. Asiakas kertoi terapiakerroillamme, että takaumia voi tulla myös arjessa milloin tahansa ja hän saa harvoin kiinni siitä, mihin nämä ne liittyvät. Hänellä on kuitenkin sellainen käsitys, että ne ovat traumamuistoja menneisyydestä. Usein takauman aikana asiakas joutui mielessään takaisin johonkin ahdistavaan tai pelottavaan tilanteeseen. Traumamuistot tulevat hänelle trauman tapahtumisen aikaisten kehollisten tuntemusten toistumisena: ”Ja minä tunsin sen täällä niinku poskella sen poltteen minä tunsin sen jo ennen ku se tuli itseasiassa läpikään (muisto mihin kipu liittyi), minä tunsin sen, että päätä särkee ja itseasiassa korvaki meni kipeäksi ja kurkkuki vähän niinku halvaantu ja tuota minä tunsin niinku että siihen on lyöty ja siihen jäi se jälki varmaan sellanen jälkikipu siihen.” (Haastattelu 20.6.2016).

Asiakas on pystynyt traumaterapiassa hahmottamaan, mihin traumaan takauma liittyy. Joskus TLT:ssä nousseita hahmottumattomia traumamuistoja on purettu traumaterapiassa. Yhden kerran terapiaprosessimme aikana asiakas on myös meidän terapiakertamme aikana hahmottanut, mistä traumamuistosta silloin oli kyse. Tuolloin hän pystyy purkamaan trauman hoitamalla nykyisenä aikuisena mielikuvissaan

itseään lapsena tilanteessa, jossa häntä oli lyöty kun hän oli pyytänyt apua kotitehtävien kanssa ja koki, että kukaan ei auta: ” No sitten minä sanoin sille tytölle, että kyllä auttaa: minä autan. Katotaampa se koulutehtävä yhdessä, vähän, että mitä siinä pittää tehdä. Minä autan. Yhessä ruvettiin kattoon ja minä otin sen syliin ja katottiin sitä vihkoa ja että mitä siinä pittää tehdä, tämmönen juttu että sinä ossaat tämän ihan varmasti, ku minä vähän neuvon ja sitten se tyttö teki sen tehtävän ja oikeen heilutti minulle sitä vihkoa, että kato minä osasin!”. (Haastattelu 20.6.2016).

TLT:ssa asiakas on oppinut keinoja näiden takaumien säätelyyn ja pysäyttämiseen. Hän kertoi haastattelussa, että on tämän terapian myötä oppinut huomaamaan nopeammin takauman alkamisen ja sen, mikä auttaa sen pysäyttämässä. Minun kehotukseni kiinnittää huomio nykyhetkeen ja kehotus toteuttaa fyysisesti häntä auttavia liikkeitä on auttanut häntä takauman pysäyttämässä. Voimakkaat liikkeet, kuten kaiteen kiskominen tai patterin hankaaminen käsillä ovat osoittautuneet hänelle toimivimmiksi keinoiksi palata nykyhetkeen.

TLT- työskentely on auttanut asiakasta myös säätelemään omia tunnetilojaan ja olojaan. Hän on oppinut tunnistamaan jäljellä olevien lapsiosien, sekä hänen aikuisen minänsä erilaiset liikkumistavat ja tullut tietoisemmaksi ympäristön vaikutuksista mieleensä. Hän on oppinut myös huomaamaan, millainen liikkuminen aiheuttaa hänelle helpoimmin takaumia: ”...mullehan on siis haasteellista tämmönen hidas liike, kävelemälläki, niin sehän on, sekä sen takiaki, että tasapaino ei oikeen pysy, myöski siitä tulee joku muu, joku, pää pimenee.” Myös paikallaan olon asiakas on kokenut yhdeksi haastavimmista asioista liittyen TLT:n harjoitteisiin. (Haastattelu 20.6.2016.)

Asiakas kokee, että positiiviset kokemukset TLT:ssä liittyvät edellä mainittujen uusien taitojen oppimisen lisäksi kipujen vähenemi-

seen ja positiivisten tunteiden kokemiseen terapian aikana. Hänellä oli terapian alussa paljon kipuja jaloissa ja ne tuntuivat hyvin painavilta kävellessä. ”Meritähti- harjoitus on ollu siinä mielessä mulle hyvä ja jotenki antosa kun siinä on yhdistäny näitä kehonosia toisiinsa ku minä oon kokenu, että mun jalat on ihan eri paria ja ne ei kuulu minun vartaloon ja niillä on joku omituinen oma systeeminsä ja näissä meritähtiharjoituksissa ne on ruvennu kuulumaan minun kehoon.” (Haastattelu 20.6.2016). Tämä kommentti kuvaa erinomaisesti sitä, kuinka erilaisilla ”meritähti”- tai ”napasäteily”-harjoituksen (Liite 2) variaatioilla on saavutettu juuri se, mitä tällä harjoituksella tavoitellaan: kehonosien yhdistymistä keskikehoon ja niiden keskinäisten yhteyksien kokemista, mikä puolestaan edesauttaa pirstaloituneen minäkuvan eheyttämisessä. (Hartley, 1995). Voisiko tällä kokemuksella olla yhteyttä asiakkaan kokemukseen siitä, että lapsiosat ovat alkaneet sulautua yhdeksi?

Tärkeitä positiivisia kokemuksia syntyi asiakkaalle myös hänen terapiassa kokemastaan vapauden tunteesta, sekä ilon tunteista. Lapsiosille on ollut merkittävää tulla nähdyksi liikkeellisesti terapiasessioiden aikana. Lapsiosat ovat alkaneet terapian myötä ”vetämään yhtä köyttä” ja ne puhuvat ikään kuin samalla äänellä. Jotain muutosta ja sulautumista näissä lapsiosissa on alkanut tapahtua, mutta samalla asiakkaan mieleen on noussut jotain uuttakin, mikä on ilmentynyt vihan tunteiden kokemisena viimeisimmillä kerroilla.

Toiveena asiakkaalla on, että hän lapsiosat integroituisivat kokonaan ja ryhtyisivät ”tanssimaan yhteistä tanssia” ja että kehollisen eheytyksen kokemus valtaisi koko kehon. Haastattelun aikaan asiakas tunsu, että jaloista ylöspäin levinnyt ”ihana” tuntemus ulottui kainaloihin saakka. Asiakas toivoisi myös, että terapiatunneilla saavutetut positiiviset tuntemukset jäisivät pysyvämmiksi myös arkielämään. Hän kokee, että ne ovat vielä

suurimmaksi osaksi melko lyhytkestoisia. Toisaalta hän huomaa, että esimerkiksi jalkojen kiputuntemukset ovat jääneet lähes kokonaan pois, vaikka ne aluksi aina palasivatkin takaisin terapiakertojen jälkeen.

Pohdinta

Muutokset kehossa muuttavat myös mieltä ja päinvastoin. (Ogden ym., 2009; Levy, 1988). Piercen (2014) artikkelissa tutkitaan teoriatasolla TLT:n interventioiden mahdollisuuksia pohjalta ylös (ks. Ogden ym. 2009) suuntautuvassa työskentelytavassa. Tämä tarkoittaa, että traumojen hoidossa keskityttäisiinkin sen aiheuttaminen kehollisten reaktioiden vakauttamiseen ja sitä kautta traumojen työstämiseen. (Ogden ym., 2009). Pierce (2014) toteaa, että TLT:n interventiot, (esimerkiksi kinesteettinen empatia, interaktiivinen säätely, somaattinen tietoisuus ja luova ilmaisu) voivat vaikuttaa suoraan implisiittisiin ja non- verbaaleihin mekanismeihin, jotka edesauttavat traumojen hoidossa.

Ajattelen kuitenkin, että terapiasuhteella ja asiakkaan orientaatiolla TLT- työskentelyyn oli myös suuri merkitys terapian tuloksellisuuden suhteen. Mikäli suhteemme ei olisi toiminut näin hyvin ja mikäli asiakkaani suhtautuminen ei olisi ollut niin myönteistä TLT- työskentelyä kohtaan, voi olla että myös terapian vaikuttavuus olisi ehkä jäänyt vähäisemmäksi.

Kokemukseni asiakkaani kanssa työskentelystä antavat viitteitä siihen, että TLT on hyvin tehokas menetelmä traumojen työstämiseen. Tätä väitettä tukevat asiakkaani edellä mainitut kokemukset, havaintoni, sekä Levinen ja Landin (2016) tekemä metasynteesi TLT- tutkimuksista traumojen hoidossa. TLT:lle ominainen keskittyminen tunteiden, ajatusten, neurobiologian ja somaattisten oireiden yhteyksien tutkimiseen voi myös lyhentää traumaterapian kestoa. (Levine & Land, 2016). Kehon ollessa hyvin suora ja nopea väylä traumaattisiin muistoihin, erityistä huomiota täytyy kohdistaa takaumien säätelyyn ja

asiakkaan turvallisuuden tunteeseen. (Ogden ym., 2009; Rothschild, 2000; van der Hart, 2009).

Rainbown (2015) tutkimuksessa TLT:n soveltamisesta seksuaalisesta hyväksikäyttöä kokeneiden hoitamisessa positiivisia tuloksia olivat tutkimukseen osallistuneiden kokemukset sisäisen rytmin ja tilan löytämisestä, omien rajojen tunnistamisesta, parantuneesta ymmärryksestä ihmissuhteita kohtaan ja toiveikkuus paremmasta tulevaisuudesta. Tutkimuksen TLT työskentelyssä keskityttiin erityisesti tilan ja paikan käsitteiden tutkimiseen liikkeellisesti. Tutkimukseen osallistuneiden kehotietoisuus ja kyky ilmaista käsitteellisesti kehollisia tunteuksiaan säilyttäen turvallisuuden, vapauden ja rajojensa tunteen parani. (Rainbow, 2015.)

Yksi asiakkaani kokemista TLT:n hyödyistä liittyi juuri vapauden kokemukseen ja ilon tunteeseen, joita hän koki terapiasessioiden aikana. Toinen merkittävä kokemus asiakkaalle oli tuntemus siitä, että jalat yhdistyivät hänen kehoonsa ja koko niiden tunto muuttui. Samoihin aikoihin asiakas kertoi, että jäljellä olevat lapsiosat olivat alkaneet ”puhua yhdellä äänellä”, eli sulautua toisiinsa.

Asiakas kertoi, että ”meritähti”- harjoitus oli saanut jalat kuulumaan kehoon ja tämä puolestaan muutti myös hänen kokemustaan liikkumisesta keveäksi ja vaivattomaksi. Ajattelen, että tämän tutkimuksen yksi merkittävimmistä ja kenties aikaisempaan tutkimukseen uutta tuova kokemus liittyykin ”meritähti”- harjoitukseen ja sen vaikutuksiin persoonallisuuden eri osien integraatiossa. Näyttäisi siltä, että kun pirstaloitunutta kehonkokemusta pystytään muuttamaan, myös mielen osat lähentyvät toisiaan.

Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimuksia tästä aiheesta, jotta saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, voisiko esimerkiksi ”meritähti”- harjoitus olla yksittäisenä harjoituksena sellainen, joka hyödyttäisi muitakin traumaista

kärsiviä asiakkaita. Vaikka asiakkaani haastattelussa ehkä korostui ”meritähti”- harjoituksen hyödyt, hän oppi myös muita merkittäviä taitoja terapian aikana. Erityisesti itsesäätelykyky takaumien ja vireystilan säätelyn suhteen parani.

Asiakkaani esille tuomat kokemukset vahvistavat entisestään käsitystäni siitä, kuinka kehon kautta tapahtuvat interventiot voivat auttaa mielen ongelmissa. Myös aikaisempi tutkimus TLT:n hyödyistä traumaista kärsivien ihmisten hoidosta on tätä väitettä tukevaa. (Rainbow, 2015; Levine & Land, 2016; Pierce, 2014).

Taulukko 1. Työskentelyalueet suhteessa traumaterapian vaiheisiin

| | Terapiavaihe 1. | Terapiavaihe 2. | Terapiavaihe 3. |
|---|--|---------------------------|-----------------|
| | Turvallisuus, luottamus, vakauttaminen | Traumojen purku/käsittely | Integrointi |
| Kehoyhteyksien luominen (esim. Meritähti) | x | | x |
| Maadoittuminen, juurruttaminen | x | | |
| Liikepolariteettien tutkiminen | | | x |
| Nähdyksi tulemiseen ja ymmärretyksi tulemiseen liittyvät harjoitukset (esim. peilaus) | | x | |
| Terapiasuhteen vahvistaminen | x | | |
| Kehon rajojen vahvistaminen | x | x | |
| Sisäisten ja ulkoisten impulssien kontrolli | x | | |
| Vireystilan säätely | x | | |
| Omien toiveiden ja tarpeiden tunnistaminen ja validointi | | x | x |
| Takaumien kontrolli | x | | |
| Voiman- ja pystyvyydentunteen lisääminen | x | x | |
| Oman ja lapsiosille tyypillisen liikkumistavan tunnistaminen | | | x |

Taulukko 2. Teemataulukko asiakkaan kokemuksista

| Teema | Alateema | Tiivistys asiakkaan kokemuksesta |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| KÄYTÄNNÖN JÄRJESTELYT | Terapian laatu | <ul style="list-style-type: none"> - yksilöterapia sopi paremmin kuin ryhmäterapia - TLT uutta ja erilaista, hämmentävääkin aluksi |
| | Terapiasuhde | <ul style="list-style-type: none"> - terapeutti ei asettanut paineita olla jollain tietyllä tavalla - avoin, vilpitön suhde - yhteistyön tuntu |
| TAKAUMAT | Takauman alkaminen | <ul style="list-style-type: none"> - takauman alkamisen huomaaminen nopeutunut |
| | Takauman pysäyttäminen | <ul style="list-style-type: none"> - toiminnan pysäyttäminen ja muuttaminen välittömästi - terapeutin interventio, palauttelu tähän hetkeen, kehotukset huomata mitä tapahtuu - ympäristön tunnustelu - kun pystyy puuttumaan nopeasti, on helpompaa palata tähän hetkeen |
| | Takauman merkitys asiakkaalle | <ul style="list-style-type: none"> - Traumamuisto, joka laukeaa jostain tekemisestä - jokin asento tai tapa liikkua laukaisee traumamuiston |
| | Keholliset reaktiot takauman aikana | <ul style="list-style-type: none"> - huimaus, tasapainon horjuminen, pahoinvointi, ”pään sumentuminen”, todellisuuden ja nykyhetken kaikkoaminen |
| | Traumamuiston purkaminen | <ul style="list-style-type: none"> - usein ei tiedä, mihin takauma liittyy - jos saa tästä kiinni, pystyy purkamaan trauman hoitamalla aikuisena trauman kokenutta lasta mielikuvissaan |

| Teema | Alateema | Tiivistys asiakkaan kokemuksesta |
|---|---|---|
| ITSESÄÄTELYN OPPIMINEN TLT-TYÖSKENTELYN AVULLA | Liikelaatujen hyödyntäminen mielialojen säätelyssä | <ul style="list-style-type: none"> - on työskentelyn myötä huomannut millaisella liikkumisella voi muuttaa oloaan toivomaansa suuntaan. |
| | Eri osien erilaisten liikkumistapojen tunnistaminen | <ul style="list-style-type: none"> - jokainen osa (kaksi lapsiosaa ja aikuinen minä) ovat näkyneet liikkutyöskentelyssä - asiakas osaa kuvata jokaisen jokaisen liikkumistapaa |
| | Itsetuntemuksen lisääntyminen | <ul style="list-style-type: none"> - on tullut tietoisemmaksi joistakin ympäristöstä tulevista ärsykkeistä, jotka vaikuttavat hänen mieleensä - on tullut tietoisemmaksi, millainen liikkuminen laukaisee helpommin takaukia |
| MYÖNTEISET TUNNEKOKEMUKSET JA KEHOTUNTEMUKSET | Kehollisten tuntemusten muutos | <ul style="list-style-type: none"> - erityisesti jalkojen tuntemus muuttunut - kivut vähentyneet - osana kehoa - tuntuvat keveiltä, ennen tuntuivat raskailta - kehonosat tuntuvat eri tavalla liittyvän toisiinsa - kuvailee tunnetta ”ihaksi” - ”ihana” tunne on levinnyt jaloista kainaloihin saakka. |
| | Tunnekokemusten muutos | <ul style="list-style-type: none"> - vapauden kokemus ja ilon tunne terapiassa - joskus saavuttaa tämän tuntemuksen myös muuallakin kuin terapiassa |
| | Liikkeen kautta nähdäksi tulemisen kokemus | <ul style="list-style-type: none"> - lapsiosille merkittävä positiivinen kokemus. - tilan antaminen myös kotona liikkeen kautta näkymiselle |
| | | |

| Teema | Alateema | Tiivistys asiakkaan kokemuksesta |
|------------------------|-------------------------|--|
| LAPSIOSIEN INTEGROINTI | Lapsiosien muutos | <ul style="list-style-type: none"> - aluksi lapsiosat ristiriidassa, mikä aiheutti vaikeuksia asiakkaalle arjessa - nykyään lapset puhuvat ”samalla äänellä” ja heidän tavoitteensa ovat enempi samansuuntaiset kuin alussa. - jotain lapsissa on muuttunut, mutta ehkä jotain (tai joku) uusi on nousemassa. - uusi vihan tunne |
| TULEVAISUUDEN TOIVEET | Integraation jatkuminen | <ul style="list-style-type: none"> - lapset integroituisivat toisiinsa täysin |
| | Eheytyminen | <ul style="list-style-type: none"> - ihanan kehollisen tuntemuksen leviäminen koko kehoon (nyt on kainaloihin saakka) |
| | Integraatio arkielämään | <ul style="list-style-type: none"> - hyvien tuntemusten, tunteiden ja olojen pysyminen myös arjessa paremmin |
| | | |

Lähteet

- Boon, Suzette., Steele, Kathy & Van der Hart, Onno (2011). Traumapeäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Carney, D., Cuddy, A. & Yap, A. (2010). Power Posing: Brief Nonverbal Displays Affect Neuroendocrine Levels and Risk Tolerance. *Psychological Science*, 1 –6.
- Damasio, A. (2001). Descartesin virhe. Emootio, järki ja ihmisen aivot. (julk. 1994). Suom. Kimmo Pietiläinen. Helsinki: Terra Cognita.
- Hartley, Linda (1995). *Wisdom of the Body Moving. An Introducing fo Body- Mind Centering*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Hayes, Steven ja Smith, Spencer (2008). Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää: Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla. Suom. Päivi ja Raimo Lappalainen. Jyväskylä: Gummerus.
- Haastattelu 20.6.2016. Terapia- asiakkaan haastattelu. Rovaniemi.
- Heinämaa, Sara (2000). Ihmetys ja rakkaus. Esseitä ruumiin ja sukupuolen fenomenologiasta. Jyväskylä: Gummerus.
- Huopainen, Hilikka (2003). Pedofilia – patologista dissosiaatiota ja trauma. Teoksessa *Trauman monet kasvot*. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Toim. Soili Haaramo ja Kirsti Palonen. Pieksämäki: Therapie-säätiö.
- Kuula, Arja (2001). Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Lappalainen, Raimo & Lappalainen, Päivi (2014). Tietoisuustaidot hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta. Teoksessa *Mindfulness ja tieteeet*. Ilmari Kortelainen, Antti Saari ja Mikko Väänänen toim. Tampere: Tampere University Press.
- Levine, Brooklyn & Land, Helen M. (2016). A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/ Movement Therapy for Individuals With Trauma. *Qualitative Health Research*. 26(3), 330 – 344.
- Levine, Peter A. (2008). Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy. A Healing Art*. Waldorf: AAHPERD Publications.
- Melville Goodin, Jessica (2010). *A Heuristic investigation of Intuition in Dance/Movement Therapy Practice*. Chicago: Columbia College.
- Ogden, Pat; Minton, Kekuni ja Pain, Claire (2009). Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Pierce, Laura (2014). The integrative power of dance/movement therapy: Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in Psychotherapy*. 41, 7 – 15.
- Rainbow, Tin Hung Ho (2015). A place and space to survive: A dance/movement therapy program for childhood sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*. 46, 9 – 16.
- Rauhala, Lauri (1982 ja 1983). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Oy Gaudeamus AB.
- Rauhala, Lauri (2005). *Tajunnan itsepuolustus*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rouhiainen, Leena (2015). Resonoivan kehon matkassa: tanssiminen, kokemus ja tutkimus. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus V. Lauri Rauhala 100v*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Rothschild, Babette (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. W.W. New York: Norton & Company.
- Smith, Jonathan & Osborn, Mike (2008). Interpretative phenomenological analysis. Teoksessa *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. Jonathan A. Smith toim. Trowbridge, Wiltshire: SAGE Publications Ltd.
- Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Tökkäri, Virpi (2015). Lauri Rauhalan merkityksestä Juha Perttulan fenomenologiselle ajattelulle ja kokemuksen tutkimukselle. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus V. Virpi Tökkäri toim. Lauri Rauhala 100v*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Ullman, L. (2011). The mastery of movement, Rudolf Laban.
UK: Dance Books Ltd.

van der Hart, Onno; Nijenhuis, Ellert ja Steele, Kathy (2009).
Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen
traumatisoitumisen hoitaminen. Suom. Paula Holländer. Oulu.
Traumatoterapiakeskus.

Williams, Mark & Penman Danny (2014). Mindfulness.
Tietoinen läsnäolo. Löydä rauha kiireen keskellä. Suom. Kirsi
Ohrankämnen. Helsinki: Basam Books Oy.

Kirjoittaja:

Pauliina Jääskeläinen, tanssi-liiketerapeutti,
tanssinopettaja.

pauliinajaaskelainen(ät)gmail.com

[https://
tanssiliiketerapiapauliinajaaskelainen.wordpress.com](https://tanssiliiketerapiapauliinajaaskelainen.wordpress.com)

Kehoon kätkeytyneistä muistoista kohti iloa ja toivoa -

katsaus tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista traumataustaisten pakolaisasiakkaiden kuntoutuksessa

Ilona Tapanainen

Abstrakti

Pakolaiset kärsivät usein monista traumaperäisistä oireista, jotka vaikuttavat sekä psyykkisellä, fyysisellä, emotionaalisella että kognitiivisella tasolla. Traumojen hoidossa yleisesti painotetaan kehollisten ja luovien terapioiden tärkeyttä, koska traumamuistot ovat usein kognitiivisen ja verbaalin tason ulottumattomissa. Traumaperäiset oireet ilmenevät kehollisina tuntemuksina ja hallitsemattomina reaktioina. Tanssi- ja liiketerapia holistisena, sekä kehollisena että luovana terapiana voi olla hyödyllinen menetelmä tavoittaa sanojen ulottumattomissa olevat muistot. Suomessa tanssi- ja liiketerapiaa on kuitenkin käytetty vain vähän pakolaistyön kentällä, tai ainakin olemassa oleva kirjallinen tutkimus aiheesta on lähes olematonta. Tässä artikkelissa kartoitetaan tanssi- ja liiketerapian käyttöä, menetelmiä ja vaikuttavuutta traumatisoituneiden pakolaisten kuntoutuksessa. Menetelmänä käytetään kirjallisuuskatsausta, minkä lisäksi hyödynnetään kirjoittajan omia kokemuksia pakolaistyötä.

Katsauksen pohjalta voidaan todeta, että tanssi- ja liiketerapiaa käytetään eri puolilla maailmaa erilaisissa ympäristöissä sodasta selvinneiden ja kidutettujen ihmisten

kuntoutuksessa. Sen on todettu olevan toimiva hoitomuoto, jossa kehollisen työskentelyn kautta voidaan tukea traumaattisten muistojen integroitumista osaksi ihmisen elettyä elämää ja tukea konkreettisella tasolla uudenlaisten toimintamallien käyttöönottoa. Se tukee kehollisten traumaoireiden ymmärtämistä ja sitä kautta ihmisen tunnetta elämän hallinnasta. Positiivisia kokemuksia on saatu sekä ryhmä- että yksilötyöskentelystä. Tanssi- ja liiketerapian hyödyntäminen ja kehittäminen Suomessa tehtävässä pakolaisten kuntoutuksessa olisi tärkeää erityisesti nyt, kun pakolaisten määrä on aiempaa suurempi. Tanssi- ja liiketerapia voisi tuoda merkittävän lisän olemassa oleviin hoitomalleihin.

Avainsanat

tanssi- ja liiketerapia, trauma, pakolaiset

Johdanto

Viime vuonna kasvaneen turvapaikanhakijamäärän johdosta tulemme kohtaamaan aiempaa enemmän pakolaistaustaisia ihmisiä sekä terapia-asiakkaina että muulla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kentällä. Pakolaisina Suomeen tulleiden asiakkaiden kanssa tehtävä työ ei todennäköisesti ole aiemmasta muuttunut, mutta olemassa olevan tilanteen vuoksi se on saanut enemmän huomiota. Tulevaisuudessa tarvitsemme varmasti myös enemmän työntekijöitä, jotka ymmärtävät pakolaisuuteen liittyviä erityispiirteitä. Blackwell (2005) erottaakin pakolaisten kanssa tehtävästä terapiatyöstä neljä eri tasoa, jotka terapeutin olisi hyvä huomioida työssään (poliittinen taso, kulttuurinen taso, vuorovaikutuksellinen taso ja intrapsyykinen taso).

Suurin osa pakolaisista tulee sota- tai konfliktialueilta. Pakolaiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan he edustavat hyvin erilaisia maita ja kulttuureja. On kuitenkin olemassa tiettyjä asioita, jotka ovat yleisiä

kaikille pakolaisina kotimaansa jättäneille. Sanotaan, että sota koskettaa voimakkaasti kaikkia sota-alueilta pakolaisina lähteneitä, vaikka he eivät itse olisi varsinaisesti todistaneet tai kokeneet väkivaltaa ja tuhoa (Singer 2008, 102; Blackwell 2005, 49). Tiettyä ihmisryhmää kuvaavien termien käyttö ei ole koskaan yksinkertaista, ja se on helposti yleistävää. Lukemisen sujuvuuden kannalta käytän kuitenkin tässä tekstissä yleistä termiä pakolainen käsittämään kaikki ilman omaa tahtoa kotinsa jättäneet henkilöt. Mikäli asiasta ei erikseen mainita termi pitää sisällään myös turvapaikanhakijat, joilla ei ole vielä oleskelulupaa ja virallista pakolaisstatusta.

Suuri osa pakolaisista on kokenut kotimaassaan traumatisoivia tapahtumia. Monet Eurooppaan saapuneet pakolaiset kokevat traumaattisia tilanteita myös matkalla kotimaasta nykyiseen oleskelumaahansa ja matkalla olleilla pakolaisleireillä. Tällaisia ovat esimerkiksi hengissä pysymistä uhkaavat tilanteet ja hyväksikäyttö. (Jakobsen & Demott & Heir 2014.) Pakolaisuuden traumaan liittyy Kidutettujen kuntoutuskeskuksen (2014) mukaan muihin traumoihin verrattuna seuraavia erityisiä piirteitä:

1) Traumot ovat massiivisia, sillä ne liittyvät usein kidutukseen, vankeuteen, terrorismiin ja sotakokemuksiin.

2) Muukalaisuuden traumot ovat reaktioita, jotka liittyvät ero- ja menetyskokemuksiin.

3) Traumot ovat luonteeltaan kumulatiivisia eli ne siirtyvät usein seuraavaan sukupolveen.

Suuri osa pakolaisista kärsii jonkinlaisista traumaperäisistä oireista tai mielenterveyden häiriöistä. Tyypillisiä ovat posttraumaattinen stressihäiriö (post-traumatic stress disorder PTSD), masennus, ahdistus, unettomuus ja erilaiset pelkotilat. Lähteistä riippuen arvioidaan, että PTSD:tä esiintyy noin 30–52

%:lla pakolaisista. Erityisen haavoittuva ryhmä ovat yksin tulleet alaikäiset pakolaiset, joista suurella osalla (n. 40 %) on todettu olevan mielenterveyshäiriöitä uuteen maahan tullessaan. (Vervliet ym. 2014; Jakobsen & Meyer DeMott & Heir 2014; Koch & Weidinger-von der Recke 2009; Kidutettujen kuntoutuskeskus 2014.) Helsingin Diakonissalaitoksen (2010) selvityksen mukaan noin kolmannes alle 24-vuotiaista turvapaikanhakijoista ja pakolaisista on vaikeasti traumatisoituneita.

PTSD on ahdistuneisuushäiriöihin luokiteltu psykiatrinen häiriö, joka saattaa kehittyä traumaattisen tapahtuman kokemisen tai todistamisen seurauksena. Trauman jälkeen on normaalia kokea erilaisia stressioireita, jotka useimmiten lievittyvät itsestään ajan kuluessa. Osalla ihmisistä stressireaktio kuitenkin pysyy ja saattaa vähitellen kehittyä trauman jälkeiseksi stressihäiriöksi. PTSD:n oireet jaetaan kolmeen pääluokkaan:

1) Tapahtuman tunkeutuva uudelleenkokeminen ja uudelleenkuvaaminen (esim. takauamat, toistuvat ajatukset ja unet).

2) Tapahtumasta muistuttavien paikkojen, ihmisten, keskustelujen ja muiden tekijöiden jatkuva välttely ja yleinen psykologinen turtuminen. Lisäksi voi esiintyä ulkopuolisuuden tunteita, mielenkiinnon vähentymistä arkisiin toimintoihin ja tunne tulevaisuuden lyhentymisestä.

3) Jatkuvia ylivireysoireita, kuten keskittymisvaikeuksia, unihäiriöitä, ärtyisyyttä, kiukkua, vahvoja säpsähtämisreaktioita ja toimintakyvyn huononemista. (Traumaterapiakeskuksen internet -sivut 2016.)

Monet pakolaiset ovat joutuneet kokemaan kidutusta. Kidutus on äärimmäistä toisen ihmisen (kehon) hyväksikäyttöä ja rajojen loukkaamista. (Gray 2001.) Kidutus on kauhein kokemus, jonka ihminen voi kokea ja

jäädä henkiin. Ruumiillisten vammojen lisäksi kidutus aiheuttaa henkisiä vammoja, kuten traumaperäisiä stressihäiriöitä, masennusta, ahdistusta ja muistiongelmia. Oireet voivat nousta esiin pitkienkin aikojen päästä. Kidutuksen pahin seuraus on kuitenkin luottamuksen menetys toiseen ihmiseen ja siitä seuraava kyvyttömyys normaaliin kanssakäymiseen. Kidutetun henkilön persoonallisuus voi pysyvästi muuttua. (Kidutettujen kuntoutuskeskuksen internet-sivut 2016.) Kidutuksessa ihminen menettääkin usein kokemuksen itsestä kokonaisuutena. Grayn (2001) mukaan kidutetuille annetaan usein PTSD-diagnoosi, mutta se ei ole välttämättä trauman kompleksisuuden takia riittävä.

Sosiaali- ja terveysministeriön (Rauta 2005) selvityksen mukaan maahanmuuttajien on usein vaikea saada apua mielenterveysongelmiinsa. Osittain syynä ovat maahanmuuttajiin itseensä liittyvät asiat, kuten leimaantumisen pelko, häpeä, kulttuuriset tekijät ja tavat, tiedon puute ja väärät uskomukset. Suurena tekijänä on kuitenkin ammattilaisten tiedon ja kokemuksen puute. Tämä näkyy erityisesti pienemmällä paikkakunnilla, joissa ei ole erityisiä maahanmuuttajille suunnattuja terveyspalveluja. (Rauta 2005.) Helsingin Diakonissalaitoksen & Suikkasen (2010) tutkimuksen mukaan Suomessa alaikäisten turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten mielenterveyspalvelut ovat usein riittämättömiä tai soveltumattomia erityisproblematiikan ja traumojen hoidon näkökulmasta. Jonot hoitoon ovat pitkiä, asiantuntemus usein puutteellista ja lääkehoidon yleisyyttä hoitomuotona kritisoidaan. (Helsingin Diakonissalaitos & Suikkanen 2010.) Olen itse juuri aloittanut työskentelemään yksin maahan tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten asumisyksikössä, ja siellä kokemukset ovat hyvin samankaltaisia.

Pakolaisten traumojen hoidon puutteellisuus on erittäin harmillinen – ja myös yhteiskunnallisesti huolestuttava - asia. Hoitamattomana trauma voi aiheuttaa lisääntyntä ahdistuneisuusriskiä, masennusta, itsetuhoisuutta, PTSD:tä ja väkivaltaa kotona ja yhteiskunnassa (Levine & Land 2016.) Toimivien ja tehokkaiden terapiamuotojen käyttö onkin äärimmäisen tärkeää sekä yksilön että hänen lähiyhteisön ja myös laajemman yhteiskunnan kannalta. Suomessa työtä on kehittänyt erityisesti Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä Kidutettujen kuntoutuskeskus. Kuntoutuskeskuksen toimipisteet sijaitsevat Helsingissä ja Oulussa, mutta niihin ei ole välttämättä helppo ohjata asiakkaita muista maakunnista. Myös muilla isommilla paikkakunnilla, kuten Tampereella ja Turussa, on pitkäaikaista kokemusta pakolaisten kanssa tehtävästä mielenterveystyöstä.

Tutkimuksen teoreettinen tausta

Traumatisoituminen vaikuttaa ihmiseen fyysisesti, emotionaalisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti. Trauman vaikutukset kehoon ovat voimakkaat, sillä traumatisoivat kokemukset jäävät usein kehomuistiin kielellisen käsitteellistämisen ulottumattomiin (Gray 2011, 40). Traumatisoivat tapahtumat koetaan kehollisesti ja myös niiden uudelleen aktivoituminen myöhemässä elämässä näkyy kehollisina merkkeinä, kuten levottomuuden ja ahdistuksen lisääntymisenä sekä pulssin kohoamisena. Autonomisen hermojärjestelmän kontrolloimia, tahdosta riippumattomia kehollisia reaktioita saattaa ilmetä kauan akuutin vaaran jälkeen (vrt. PTSD-oireet). Traumatakaumat aktivoivat tunteita hallinnoivia aivoalueita ja vastaavasti rajoittavat niiden keskushermoston alueiden toimintaa, jotka yleensä yhdistävät sensorimotorisen informaation psykologiseen ja verbaaliseen kokemukseen. Näin ollen traumamuistot ovat läsnä, vaikka ne eivät ole

verbaalisesti prosessoidussa muodossa, ja voivat aktivoitua yllättäen muistoja herättävistä ärsykkeistä. Myös dissosiaatio ja traumaattisten muistojen unohtaminen on yleistä. Muistot ovatkin tallentuneet aivojen tunnekeskuksiin ja ovat muistissa usein enemmän mielikuvina kuin sanoina. Traumatakauman tuottamia kehollisia tuntemuksia ja niistä aiheutuvia tunteita on usein vaikea ymmärtää. Kehollisten terapiamuotojen onkin todettu olevan vaikuttavia ja usein korvaamattomia traumatisoituneiden ihmisten hoidossa. (Odgen & Minton & Payne 2009; Harris 2007; Koch & Weidinger-von der Recke 2009.) Vaikeista traumoista selvinneiden hoidon tulisi Kochin & Weidinger-von der Recken (2009) mukaan keskittyä kehotietoisuuteen ja tunteiden säätelyyn. Konkreettisten keinojen tarjoaminen on tärkeää, että ihminen voi ymmärtää reaktioitaan ja tuntemuksiaan ja päästä yli avuttomuuden tunteestaan. Myös kidutuksesta selvinneillä traumaperäiset oireet ovat usein somaattisia, psykologisia sekä psykosomaattisia, minkä vuoksi myös kuntoutusinterventioissa tulisi painottaa sekä kehoon että mieleen keskittyviä hoitomuotoja. (Gray 2001.)

Kehollisten kuntoutusmuotojen tarpeellisuutta puoltaa myös se, että pakolaisten on usein vaikea puhua traumaattisista kokemuksista niihin liittyvän häpeän ja syyllisyyden takia. Uudessa maassa pärjääminen, perheestä huolehtiminen ja halu näyttää vahvalta aktivoivat puolustusmekanismit ja painavat traumaattiset muistot pois mielestä. Voi kestää vuosia, ennen kuin niistä pystytään puhumaan. Tämä tapahtuu usein vasta sitten, kun muistojen ymmärretään olevan kehomuistissa; ne eivät katoa itsestään huolimatta yrityksistä olla niitä huomioimatta. Lasten on todettu tuovan usein aikuisia helpommin ja nopeammin muistonsa julki esimerkiksi

luovien menetelmin kautta. (Koch & Weidinger-von der Recke 2009.)

Eriyisesti sota-alueilta muuttaneilla on usein haasteita integraatiossa uuteen maahan. Kehoa ja mieltä yhdistävien psykoterapiamuotojen kentällä maahanmuuton seurauksia kuvataan usein voimattomuutena ja epävarmuutena. (Ylönen & Cantell 2009, 216.) Myös Singer (2008, 102) toteaa, että oman voiman ja kyvykkyyden tunteet alkavat hävitä heti, kun tutut perheen ja yhteisön tukirakenteet katoavat maasta muuttamisen myötä. Pakolaiset ovat usein myös pitkiä aikoja muiden kontrollin alla - mahdollisesti kotimaassa, matkalla uuteen maahan ja uudessa maassa oleskelulupaprosessin aikana - mikä heikentää kontrollin tunnetta omasta elämästä ja voi viedä kyvyn ajatella ja unelmoida tulevaisuutta (Koch & Weidinger-von der Recke 2009).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusmenetelmät

Tanssi- ja liiketerapian (TLT) kokonaisvaltaisena, kehon ja mielen yhdistävänä kuntoutusmuotona voidaan ajatella sopivan hyvin kehollisista traumaoireista kärsivien ihmisten hoitomenetelmäksi. Työskentely traumaoireista kärsivien pakolaisten kanssa ei ole kuitenkaan ollut esillä suomalaisessa alan keskustelussa. Kidutettujen kuntoutuskeskuksen tarjoamissa palveluissa fysioterapia mainitaan ainoana kehollista lähestymistapaa edustavana hoitomuotona. Luovista terapioidista käytössä on taideterapia. Suomessa tehtävästä pakolaisten kuntoutustyöstä tuntuukin puuttuvan TLT:n hyödyntäminen, tai TLT:n ammattilaiset eivät ole vielä menneet vahvasti pakolaistyön kentälle. Joitain vireillä olevia kehittämishankkeita on suunniteltu tai niitä on meneillään, mutta niistä ei ainakaan vielä ole saatu julkistettavia tuloksia.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kartoittaa ja tuoda esiin tanssi- ja liiketerapian käyttöä traumatisoituneiden pakolaisten ja sodasta selvinneiden asiakkaiden kuntoutuksessa sekä Suomessa että muissa maissa. Tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaista tutkimustietoa TLT:n hyödyntämisestä traumatisoituneiden pakolaisten kuntoutuksessa on olemassa?
- 2) Millaisia TLT:n menetelmiä kyseisen asiakasryhmän kanssa on käytetty?
- 3) Mikä on TLT:n vaikuttavuus pakolaistaustaisten asiakkaiden kuntoutuksessa?

Menetelmänä käytetään kirjallisuuskatsausta. Aiheeseen liittyvä kirjallisuus keskittyy pääasiassa lehdistä ilmestyneisiin artikkeleihin. Artikkeleita löytyy sekä tanssi- ja liiketerapian julkaisuista, yleisemmin psykoterapiaan ja kuntoutukseen liittyvistä lehdistä että pakolaisuuteen ja kidutukseen erikoistuneista aineistoista. Lähdeaineistoa on etsitty eri tietokannoista seuraavien hakusanojen avulla: tanssi- ja liiketerapia ja pakolaiset, dance movement therapy with refugees, movement therapy with refugees, dance movement therapy and torture. Hakusanoilla löytyneiden lähteiden viitteistä on löytynyt lisää soveltuvaa materiaalia. Ainoastaan selkeästi tanssi- ja liiketerapiaan liittyvät artikkelit on huomioitu kartoituksessa. Muutamassa huomioidussa lähteessä on käytetty muita kuin tanssi- ja liiketerapiaksi nimettyjä kehollisia/tanssillisia menetelmiä. Nämä julkaisut ja menetelmien yhteneväisyys TLT:n lähestymistavan kanssa on kuitenkin mainittu erikseen. Mahdollisten suomalaisten julkaisujen olemassa oloa selvitettiin lähettämällä kysymys Suomen tanssi- ja liiketerapiayhdistyksen sähköpostilistalle. Tätä kautta löytyikin yksi - ja ainoa löydetty - suomalainen artikkeli

aiheesta. Kirjallisuuden lisäksi hyödynnän keskustelussa omaa kokemustani työskentelystä pakolaisasiakkaiden kanssa.

Tuloksia tanssi-liiketerapian käytöstä pakolaisten kuntoutuksessa

Ylösen & Cantellin (2009, 216) mukaan tanssi- ja liiketerapiasta maahanmuuttajien ja pakolaisten kanssa on tehty melko vähän tutkimusta. Oman selvitykseni perusteella suomalainen tutkimus aiheesta rajoittuu edellä mainittuun Ylösen ja Cantellin tutkimukseen, jossa kuvataan maahanmuuttajalasten TLT-ryhmää. Muualta maailmasta tutkimustietoa löytyy enemmän. Tuoreimpana on helmikuussa 2016 ilmestynyt kvalitatiivisten tutkimusten katsaus (Levine & Land 2016), jossa on kartoitettu TLT:n käyttöä traumatisoituneiden ihmisten kuntoutuksessa. Katsauksessa käsitellään 9 eri tutkimusta, joista suurimmassa osassa asiakkaan/asiakkaiden traumat ovat peräisin sotakokemuksista. Löytämäni tutkimukset ovat pääosin samoja, jotka ovat mukana katsauksessa.

Levine & Land (2016) toteavat, että TLT:stä traumojen hoitomuotona ei ole juurikaan tehty kvantitatiivista tutkimusta. Olemassa olevat tutkimukset ovat lähinnä tapaustutkimuksia. Määrällisen tutkimuksen ja menetelmämanuaalin puuttumisen vuoksi TLT:n käyttö laajemmin traumaterapiassa on heidän mukaansa haastavaa. Levinen & Landin katsaus onkin tehty kokoamaan tapaustutkimuksissa esiin nousevia samankaltaisia tuloksia ja helpottamaan kehollisten interventioiden käyttöä traumatisoituneiden asiakkaiden hoidossa.

Pohjoismaisesta kirjallisuudesta aiheeseen liittyen löytyi vain yksi artikkeli (Meyer DeMott, 2014), jossa siinäkin on kyseessä taideterapeutin kehittämä, kehollisiin menetelmiin perustuva ryhmätoiminta. Pohjoismaissa toteutettavaa traumatisoituneiden pakolaisten kuntoutusta

esittelevä teos (Guribye & Lie & Overland 2014) ei sisällä artikkeleita TLT:sta tai muista kehollisista terapiamuodoista. Boas (2008) on kehittänyt tanssi- ja liiketerapiatyöhön transkulttuurisen kompetenssin pyramidimallin (Transcultural Competence Model), jossa kuvataan eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa tehtävää TLT-työtä. Se sisältää viisi eri toimintatason ulottuvuutta, jotka (tanssi- ja liike)terapeutin tulisi ottaa huomioon työskennellessään eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa. Malli on hyödyllinen työkalu ja antaa tärkeitä neuvoja käytännön asiakastyöhön, kuten asiakkaan kulttuuritaustan huomioimiseen ja sen merkitykseen terapiatyössä ja -suhteessa.

Käytetyt tanssi- ja liiketerapeuttiset menetelmät

Olemassa olevien tutkimusten perusteella tanssi- ja liiketerapiaa on käytetty pakolaisten kanssa sekä yksilö- että ryhmämuodossa. Ryhmäterapian on todettu olevan toimiva tapa työskennellä sodassa traumatisoituneiden ihmisten kanssa, koska he ovat usein menettäneet sekä perheen että muut tutut sosiaaliset ja yhteisölliset elämän muodot (Harris 2007). Ryhmämuotoista terapiaa on tarjottu mm. Saksassa pakolaisten ja kidutettujen kuntoutuskeskuksessa (Koch & Weidinger-von der Recke 2009) sekä Unkarissa osana pakolaisten hoitomallia (Gray 2001). Norjassa Meyer (2014) on kehittänyt varhaisen puuttumisen ryhmämallin nuorille turvapaikanhakijoille ekspressiivisen taideterapian pohjalta. Ryhmämallissa keskeisinä menetelminä ovat liike, leikki, kehotyöskentely ja toisen liikkeen todistaminen. Menetelmät ovat tuttuja tanssi- ja liiketerapeuteille ja malli olisi varmasti hyödynnettävissä myös tanssi- ja liiketerapian kentällä.

Harris (2007) kuvaa artikkelissaan kahta erilaista sodasta selvinneiden nuorten TLT-ryhmätoimintaa. Toinen toteutettiin

Yhdysvalloissa sudanilaisille pakolaisnuorille ja toinen Sierra Leonissa entisille lapsisotilaille. Ryhmät olivat hyvin erityyppisiä; ensimmäinen oli suunnattu koko pakolaisnuorisoyhteisölle tukemaan oman kulttuuri-identiteetin säilymistä ja integraatiota uuteen yhteiskuntaan, kun taas jälkimmäiseen nuoret valittiin paikallisen yhteistyökumppanin taholta. Sudanilaisnuorten ryhmät keskittyivät nuorten omaehtoiseen tanssiin ja rummutukseen. Terapeutti toimi niissä ennemminkin fasilitoijana kuin terapeuttina. Hänen tehtävänä oli luoda turvallinen tila ja olla läsnä välittävänä aikuisena. Lähtökohtana oli ajatus, että nuoret opettavat fasilitoijalle oman kulttuurin tanssia ja laulua eli eivät toimi vain passiivisina vastaanottajina. Tämän osallistujien oman kulttuuri-identiteetin tukemisen kautta vahvistettiin osallistujien voimautumista, uskoa omaan asiantuntijuuteen ja pystyvyyteen sekä tuettiin yhteisöllisyyttä. Ryhmä mahdollisti nuorille vanhan ja uuden kulttuurin yhdistymisen ja erilaisten roolien, esimerkiksi traditionaalisista sukupuolirooleista poikkeavan toiminnan kokeilemisen. Tilaa oli näin ollen myös tutkia mahdollisia konflikteja uuden ja vanhan kulttuurin välissä, mikä tuki sopeutumista uuteen kotimaahan.

Sierra Leonissa toteutettu ryhmä oli suljettu ja toiminnaltaan terapeuttisempi. Toiminta keskittyi ahdistuksen ja aggression hallintaan liittyviin harjoituksiin, rentoutumiseen ja sitä kautta uniongelmien helpottamiseen sekä traumoihin liittyvien takaumien vähenemiseen. Sekä kehollisia että verbaalisia luovia menetelmiä ja niiden kautta symbolisaatiota hyödynnettiin integroimaan traumamuistot osaksi osallistujien historiaa ja nykyhetkeä. Ryhmässä keskityttiin paljon myös tunnetyöskentelyyn, mikä vaati aikaa huomioiden entisten lapsisotilaiden äärimmäisen traumaattiset taustat.

Osallistujien ehdotuksesta toteutettiin myös heidän asuinyhteisössään esitys, jossa nuoret saivat avata muille liikkeen ja draaman avulla kokemuksiaan sodasta ja myös pyytää hyväksyntää uudelta yhteisöltään. Esitys koettiin äärimmäisen merkittävänä yhteisöllisyyden luoja kyseisessä yhteisössä, jossa entiset lapsisotilaat olivat herättäneet myös pelkoa muiden keskuudessa.

Lehtomaa (2013) on tehnyt toimintaterapiaopintojen opinnäytetyön tanssi-improvisaatioryhmästä nuorten turvapaikanhakijoiden keskuudessa. Tulokset osoittavat tanssin lisänneen onnellisuuden tunnetta ja iloa nuorten osallistujien elämässä. Osallistuminen ryhmään myös mahdollisti erilaisten tunteiden kokemisen ja toi lohtua vaikeaan elämäntilanteeseen. Vaikka kyseessä ei ole tanssi- ja liiketerapiaryhmä, ovat toiminta ja tulokset hyvin samankaltaisia kuin mitä tanssi- ja liiketerapeuttinen ryhmä voisi vastaanottokeskusympäristössä osallistujille olla. Omat kokemuksetni vastaanottokeskuksista ovat avoimista naisten ja tyttöjen ryhmistä ja työpajoista. Ne eivät ole olleet terapiaryhmiä, vaan keskittyneet liikkeen ja tanssin tuomaan iloon, hyvän olon lisäämiseen ja rentoutumiseen. Suuri osa ajasta on mennyt osallistujien oman maan musiikin ja tanssin parissa. Paikalla ei ole ollut tulkkia, mikä on vaikuttanut työskentelyn tasoon. Työn kehittäminen terapeuttisempaan suuntaan vaatisi enemmän resursseja eli mahdollisuuden tulkkiin ja työntekijöiltä aikaa saada osallistujat paikalle.

Olin itse mukana tanssi- ja liiketerapiaopiskelijan roolissa Länsi-Suomen Mielenterveysseuran Serene-hankkeessa, jossa kehitettiin vakauttavia menetelmiä traumaperäistä stressiä kokeneille maahanmuuttajille (Turun Kriisikeskuksen internet-sivut 2016). Yhtenä toimintamuotona hankkeessa oli Keho ja mieli -ryhmämallin

kehittäminen. Olin ohjaamassa yhtä toteutettua ryhmää hankkeessa työskennelleen psykologin työparina. Hankkeen puitteissa oli toteutettu jo aiemmin vastaavia Keho ja mieli -ryhmiä eri kielillä sekä naisille että miehille. Psykologin työparina oli aiemmin ollut mm. fysioterapeutti, eli painopisteet toiminnassa olivat olleet ryhmäämme verrattuna hieman erilaiset. Ryhmissä yhdistyvät psykoedukaatio-osuus eli teoretiedon antaminen ja keskustelu sekä kehollinen osuus. Tanssi- ja liiketerapeuttisista menetelmistä hyödynnettiin vuorovaikutusta tukevia ja iloa tuovia pelejä ja leikkejä, yhteisöllisyyttä lisäävää tanssi-improvisaatiota, kehotietoisuutta lisääviä sekä kehoa vakauttavia, vitalisoivia ja voimauttavia harjoituksia sekä rentoutumisia ja kosketushoitoja. Kokemuksemme mukaan luova liike ja tanssi toivat ryhmään iloa ja tukivat vuorovaikutusta ja ryhmäläisten omaa kulttuuri-identiteettiä. Kirjalliseen ryhmämallinnukseen on sisällytetty myös käyttämämme tanssi- ja liiketerapeuttiset harjoitteet. Mallinnus on julkisesti saatavilla Serene-hankkeen internet-sivuilta. Olen itse jatkanut ryhmämallin toteutusta uudella asuinpaikkakunnallani yhteistyössä paikallisen Kriisikeskuksen kanssa.

Yksilöterapien puolelta Levinen ja Landin (2016) katsauksessa on mukana kuusi tapaustutkimusta. He löytävät neljä eri osaluuetta, jotka toistuvat eri tapaustutkimuksissa ja jotka tulisi sisällyttää keho-orientoituneeseen työskentelyyn traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa. Nämä alueet ovat:

- 1) tietoisuuden luominen kehon ja mielen yhteydestä,
- 2) erilaisten liikemallien lisääminen (kehon uudelleen käyttöönotto, voimautuminen ja tehokkuus),
- 3) uuden terveen suhteen luominen itseän, terapeuttiin tai ryhmään liikeprosessin

avulla, sekä

4) uuden ja terveen suhteen luominen liikkeeseen.

Eri osa-alueiden huomioimisen avulla asiakkaan on mahdollista luoda tai löytää uudelleen terve suhde kehoonsa. Koska keho kantaa usein traumaa, voivat sen vaikutukset rajoittaa jokapäiväistä liikkumista. Traumatisoivassa tilanteessa keho suojaa itseään ”panssaroitumalla” (Ogden & Minton & Pain 2006). TLT voi auttaa päästämään irti suojaanssarisista yhdistämällä keholliset kokemukset trauman kognitiiviseen prosessointiin. Eri toimintojen integrointi ja traumasta johtuvien kehollisten rajoitusten vapauttaminen antavat mahdollisuuden uusien liikemallien käyttämiseen. Näin ollen toimintakyky ja elinpiiri laajenevat myös arkisissa toiminnoissa.

Grayn (2001) mukaan TLT on erityisen hyvä psykoterapiamuoto kidutuksen uhrien kanssa työskennellessä, koska siinä kehon ja liikkeen suhde yhdistyy psykologisiin prosesseihin. Kidutus ja sen traumaoireet elävät ja näkyvät kehossa usein monella tavalla, mm. vahingoittuneena kehonkuvana, rajoittuneena kinesfäärin ja liikerepertuaarin käyttönä, lihasjännityksinä sekä pelkotiloina. Koska kidutus on usein regressiivistä, sanattomalla tasolla toteutettavaa väkivaltaa, vaikuttaa se usein myös kehityksellisten liikemallien häiriintymiseen. TLT holistisena ja integroivana terapiamuotona voi auttaa uudelleen rakentamaan kokemuksen itsestä kokonaisuutena sekä tukea vuorovaikutustaitoja ja kykyä olla suhteessa muihin ihmisiin. Kehityksellisiä liikemalleja voidaan hyödyntää tavoittamaan kidutuksessa kadotetut liikemallit. Tärkeää on myös TLT:ssä keskeisenä oleva terapeutin suhde, jossa turvallisuus ja luottamuksen luominen ovat keskiössä. Työskentelyssä tulee kuitenkin huomioida myös kidutettujen kanssa esiin tulevat erityispiirteet. Kinesteettinen empatian

hyödyntämisessä tulee olla erittäin herkkä, koska kiduttaja on usein käyttänyt empatiaa päästäkseen näkemään mikä vaikuttaa kidutettavaan. Kehollinen työskentely voi myös palauttaa traumamuistoja verbaalista terapiaa aiemmin. Näin ollen on huolehdittava siitä, että terapeutin työskentely ei ole liian raskasta. (Gray 2001.)

Gray (2011) nostaa toisessa artikkelissaan yhtenä merkittävä seikkana esiin rituaalit, jotka monissa kulttuureissa liittyvät voimakkaasti paranemisprosessiin. Rituaalit, jotka usein sisältävät tanssia, rytmiä ja laulua ovat keinoja, joita myös tanssi- ja liiketerapiassa voidaan käyttää menetelmänä. Gray toteaaakin tanssi- ja liiketerapian voivan olla usein verbaalia terapiaa toimivampi muoto työskennellä ihmisten kanssa, jotka ovat tottuneet asioiden käsittelemiseen muuten kuin puhumalla. Harris (2007) ehdottaa, että tällaisia rituaaleja ja yhteisöä tukevia menetelmiä voisi hyödyntää massiivisesta väkivallasta selviämiseen eri puolilla maailmaa.

Leikkiminen ja sitä kautta ilon tuottaminen takaisin ihmisten elämään on yksi merkittävä TLT:ssä hyödynnettävä osa-alue. Leikin puuttumisesta traumatisoiduilla ihmisillä ja sen merkityksestä trauman hoidossa on kirjoitettu paljon (esim. Ogden & Minton & Pain 2009). Leikin merkitys on suuri myös pakolaisilla, sillä Singerin mukaan lasten on todettu usein lopettavan leikkimisen sodan vuoksi (2008, 107). Leikin uudelleen opettelu voi antaa raskaita kokemuksia kokeneille välähdyksiä toivosta. Itse olen kokenut, että myös aikuisten pakolaisten kanssa leikin merkitystä ei kannata vähätellä. Ohjaamissani Keho ja mieli -ryhmissä koimme, että TLT:n kautta mukaan tullut leikki yhdisti ryhmää ja toi mukaan iloa. Ainakin alussa ryhmäläisissä näkyi tietynlainen ”vaisuus”, ja ehkä oli opittu pitämään itseä kipeänä tai masentuneena (vrt. posttraumaattisen stressihäiriön oireet). Kun lähdettiin liikkumaan, kuoren alta paljastui hyväntuulisuutta ja innokkuutta. 42

Tanssi- ja liiketerapiassa käytetään kehollisten harjoitusten ohella usein myös taideterapeuttisia menetelmiä erityisesti refleктоitaessa liikkeeseen ja tanssiin liittyviä kokemuksia. Kokemuksia voidaan havainnollistaa puhumisen ohella maalatun, piirtäen, kirjoittaen tai vaikka muovaamalla. Erityisesti kuvallisen taiteen on todettu olevan tärkeä menetelmänä työskenneltäessä sota-alueilta tulevien ja väkivaltaa todistaneiden tai kokeneiden lasten, nuorten ja aikuisten kanssa, joilla ei ehkä ole sanoja kuvaamaan kokemuksiaan ja tulevaisuuden toiveitaan. (Gray 2011.)

Taulukkoon 1 on kerätty menetelmiä, joita on kirjallisuuden perusteella käytetty traumatisoituneiden pakolaisten kanssa tehdyssä tanssi- ja liiketerapiassa. Lista on lisätty myös kirjoittajan itse käyttämiä menetelmiä, joita ei erityisesti mainita katsauksessa mukana olevissa tutkimuksissa.

On hyvä miettiä, mitä voimme tanssi- ja liiketerapeutteina oppia erilaisten yhteisöjen tavasta käsitellä vaikeita asioita. Monet tanssi- ja liiketerapiassa käytettävät menetelmät saattavat hyvinkin jossain muodossaan olla käytössä muissa kuin länsimaisissa kulttuureissa. Singer (2008, 110) toteaa, että tanssi- ja liiketerapeutit voivat oppia paljon ollessaan vuorovaikutuksessa ja tanssissa muista kulttuureista tulevien ammattilaisten ja muiden ihmisten kanssa. Tämä on myös jossain määrin oma kokemukseni työskentelystä esimerkiksi sellaisista kulttuureista tulevien ihmisten kanssa, joissa tanssi, liike ja rytmi ovat luonnollinen osa elämää ja kanssakäymistä. Se asettaa käytettävät menetelmät erilaiseen valoon ja haastaa terapeuttia löytämään myös uusia tapoja omassa työssään.

Tanssi- ja liiketerapian vaikuttavuus pakolaisten kuntoutuksessa

Tutkimukset osoittavat tanssi- ja liiketerapian olevan toimiva menetelmä työskenneltäessä traumatisoituneiden ihmisten ja erityisesti pakolaisten ja kidutettujen kanssa (Koch & Weidinger-von der Recke 2009; Harris 2007; Gray 2002; Levine & Land 2016). Ihminen tarvitsee mielen, kehon, tunteiden ja aivojen yhteyttä psyykkisen hyvinvoinnin säilyttääkseen. Trauman vuoksi yhteys on usein kadonnut, ja parantumiseen tarvitaan näiden eri osien integroimista ja yhteyden palauttamista. Levinen ja Landin (2016) analyysissä olleiden tapaustutkimusten perusteella TLT auttoi eri puolien tiedostamisessa ja yhteyden palauttamisessa. Kehon kuuntelemisen opettelu, kehollisten viestien ymmärtämisen lisääntyminen ja kehon ja mielen yhteyden luominen ovat tanssi- ja liiketerapian ydinosaamisaluetta. Kehon tuntemusten kuunteleminen antaa mahdollisuuden myös niiden nimeämiseen, mikä on merkityksellistä traumatakaumien ymmärtämisessä ja somaattisen oirekehän pysäyttämisessä. Posttraumaattisten reaktioiden ja trauman kehollisen uudelleen elämisen on todettu olevan samankaltaista kulttuurirajojen yli, mikä tukee kehollisesti orientoituneiden terapiamuotojen käyttöä myös pakolaistyössä. Tanssi- ja liiketerapia yhdistää länsimaisen psykoterapian, ympäri maailmaa ilmenevät rituaalit ja holistisen näkemyksen ihmisestä mielen ja kehon kokonaisuutena. Monet pakolaiset tulevat holistisen ihmiskäsityksen omaavista kulttuureista, joten TLT:n voisi ajatella olevan ideaali muoto työskenneltäessä heidän kanssaan. (Harris 2007.)

Tapaustutkimukset osoittavat TLT-ryhmien vaikuttaneen positiivisesti osallistujien hyvinvointiin. Meyerin (2014) mukaan alaikäisille turvapaikanhakijoille suunnatut ryhmät antoivat osallistujille kykyjä tulla toimeen tavallisten stressioireiden kuten unettomuuden, päänsäryn, keskittymiskyvyn puuttumisen ja vetäytymisen kanssa.

Keskeisenä oli kuitenkin tulla taiteen avulla nähdä ja kuulla, saada mahdollisuus rakentaa omaa tarinaansa, kokea yhteenkuuluvuutta ryhmään ja saada tukea arjen rutiineihin vaikeassa elämäntilanteessa. (Meyer 2014.) Harrisin (2007) Sierra Leonessa lapsisotilaille toteuttamassa ryhmässä osallistujien PTSD-oireita arvioitiin systemaattisesti prosessin aikana ja sen jälkeen. Tuloksista kävi ilmi, että osallistujien ahdistuneisuus, masentuneisuus, levottomuus ja aggressiivisuus vähenivät huomattavasti prosessin aikana, turvallisuuden ja luottamuksen tunne lisääntyivät sekä oma toimijuus ja vuorovaikutus muihin vahvistuivat. Myös tunteiden näyttäminen ja eri tunteiden kirjo lisääntyivät. Osallistujat myös osoittivat empatiaa muita kohtaan, mikä oli ryhmän alussa mahdotonta. (Harris 2007.)

Singerin (2008) mukaan tanssi- ja liiketerapia on ainutlaatuinen menetelmä tukea pakolaislasten psykososiaalista kehitystä, koska se antaa mahdollisuuden tunteiden ja kokemusten kohtaamiseen ja sitä kautta muutokseen. Ylönen & Cantell (2009, 225) toteavat päiväkotikäisten lasten ryhmää kuvaavassa artikkelissaan, että tanssi, luova liike ja taide symbolisena kielenä tarjoavat sellaisia menetelmiä pakolais- ja maahanmuuttajalasten kanssa tehtävään työhön, joita verbaalinen psykoterapia ei voi korvata.

Koch & Weidinger-von der Recke (2009) toteavat sekä luovien että kehollisesti orientoituneiden terapioiden olevan toimivia menetelmiä työskennellessä traumatisoituneiden pakolaisten kanssa. Niiden avulla oma tarina voidaan kertoa ensin muussa kuin sanallisessa muodossa, ja ajan kanssa voi mahdollistua tarinan kertominen myös verbaalisesti. Tämä mahdollistaa uusien tarinoiden syntymisen ja tuo kontrollin ja voiman tunnetta omasta elämästä. TLT:llä sekä luovana että kehollisena terapiamuotona

voikin olla työkentällä paljon annettavaa. Saksan Munichissa toimivan kidutettujen kuntoutuskeskuksen tapaustutkimukset osoittavat, että TLT yhdistettynä verbaaliin terapiaan tarjoaa ainutlaatuisen tavan tukea traumatisoituneita pakolaisia. Monissa maissa ei ole totuttu käsittelemään asioita puheen tasolla, joten muita menetelmiä hyödyntävät terapiamuodot voivat tuntua tutummilta ja vähemmän pelottavilta. (Koch & Weidinger-von der Recke 2009.) Grayn (2011, 40) mukaan myös neuropsykiatrisessa tutkimuksessa on tuotu esille sellaisten terapioiden tarve, jotka eivät ole riippuvaisia kielellisestä vuorovaikutuksesta ja ymmärryksestä. Tanssi- ja liiketerapia perustuu lähtökohdiltaan ei-kielelliseen kommunikaatioon ja ajatukseen siitä, että liike on kaikille ihmisille ensimmäinen kieli. Näin liikkeen ajatellaan olevan voimakas väline tavoittaa varastoituneet muistot ja ihmisen eletty historia. (Gray 2011.)

Tanssi- ja liiketerapian on myös todettu olevan kulttuurirajat ylittävät terapiamuoto (Gray 2002; Harris 2007). TLT:n juuret ovat eri puolilla maailmaa asuvien alkuperäiskansojen rituaaleissa ja traditionaalisissa parantamismenetelmissä (Gray 2001). Harris (2007) väittääkin kokemustensa pohjalta, että TLT voi maksimoida kulttuuristen parannusmenetelmien hyödyntämisen. TLT on joustava sopeutumaan erilaisiin ympäristöihin ja tarpeisiin ja on ryhmämuotoisena toimiva menetelmä yhteisön tukemisessa. Tanssissa osallistujille voi löytyä kulttuurisesti hyväksytty tapa päästä irti kauan olleista fyysisistä ja psyykkisistä jännityksistä ja saada mahdollisuus olla läsnä nykyhetkessä. Harrisin mukaan TLT holistisena psykososiaalisena tukimuotona voi voimauttaa sekä yksilön että yhteisön tasolla äärimmäisestä väkivaltaa kokeneita ja todistaneita ihmisiä. Sitä voidaan hyödyntää hyvin sekä sodasta kärsineillä alueilla että pakolaisten kanssa uudessa kotimaassa. (Harris 2007.)

Tanssi- ja liiketerapeuttisia menetelmiä on voitu käyttää eri yhteisöissä myös muissa kuin kliinisisä terapiaympäristöissä, kuten katulasten kanssa tehtävässä työssä tai joukkomurhan kohdanneilla alueilla selviytyneiden ihmisten kanssa. Näin ollen se on terapiamuotona helposti hyödynnettävissä erilaisissa ympäristöissä. Toisaalta on myös erittäin tärkeää huomioida se kulttuurinen konteksti, jossa työtä tehdään. Yhteistyö ja luottamuksen luominen ennen varsinaista terapeuttista työtä on erittäin merkittävää erityisesti silloin, jos työskennellään itselle vieraassa kulttuuriympäristössä. (Gray 2011, 43–44.) Omakohtaisesti olen todennut liikkeellisen työskentelyn olevan hyvin erilaista riippuen ryhmän kulttuurista ja tanssin ja kehollisuuden asemasta kussakin kulttuurissa.

Taulukkoon 2 on kerätty eri tutkimuksissa esiin nousseita tanssi- ja liiketerapian vaikutuksia työskentelystä traumataustaisten pakolaisten kanssa. Taulukossa ei ole eritelty yksilö- ja ryhmätyöskentelystä saatuja vaikutuksia.

Yhteenveto

Sotaa, poliittista vainoa ja ihmisoikeuksien loukkauksia paenneet ihmiset edustavat Grayn (2002) mukaan usein ”puhumattomia”. Selviytyjät eivät pysty aina sanoittamaan kokemiaan kauheuksia, koska he eivät trauman voimakkuuden vuoksi sitä muista, tai he yrittävät unohtaa, koska muistot ovat liian tuskallisia. Pakolaiset ovat usein menettäneet kaiken: kotimaan, kodin, omaisuuden ja usein myös perheenjäseniään. Menetysten myötä voi kadota myös ihmisen koko identiteetti. Kidutus äärimmäisenä ihmisarvon loukkauksena vie ihmiseltä ihmisyyden, kunnioituksen, tunteen itsestä ja omasta toimijuudesta. Vaikka muistoista puhuminen olisi mahdotonta, ovat muistot läsnä takaumina, painajaisina, dissosiaationa ja kehon voimakkaina reaktioina. Tanssi- ja

liiketerapia ja muut keholliset psykoterapiamuodot voivat toimia väliintulona sodan ja kidutuksen luomaan maailmaan. Ne huomioivat ihmisen kokonaisuutena ja näkevät kehon tunteiden, ajatusten, tuntemusten, mielikuvituksen ja toiminnan lähteenä. (Gray 2002.)

Edellä kuvatun valossa voi päätellä, että tanssi- ja liiketerapialla olisi paljon annettavaa traumatisoituneiden pakolaisten kuntoutuksessa. Ainakin meillä Suomessa aihe tulisi ottaa laajemmin esille erityisesti nyt, kun tarvetta erilaisille hoitomuodoille on entistä enemmän. Oman kokemuksen ja aiemmin mainittujen selvitysten mukaan pakolaisten saama tuki ja hoito Suomessa ei aina ole täysin toimivaa tai riittävää. Erityisesti näin on varmasti pienemmällä paikkakunnilla, joilla ei ole pitkiä perinteitä pakolaisten kanssa tehtävästä työstä. TLT voisi tuoda oman osansa tähän merkittävään työhön. Kehittämis- ja tutkimustyötä varmasti tarvitaan myös meillä, että voisimme hyödyntää parhaimman mukaan TLT:n asiantuntemusta.

Tanssi- ja liiketerapeutit ovat alkuajoista lähtien työskennelleet traumatisoituneiden ihmisten kanssa. TLT:n luoja ja uranuurtaja Marian Chase aloitti työnsä Yhdysvalloissa psykiatrisissa sairaaloissa toisen maailmansodan sotaveteraanien kanssa. Harrisin (2007) mukaan tästä huolimatta TLT:tä on käytetty – tai siitä on kirjoitettu – suhteellisen vähän sodasta selvinneiden ihmisten kanssa. On vaikea sanoa, mistä tämä johtuu. Suomessa tanssi- ja liiketerapeutteja on vielä melko vähän. Työskentely vakavasti traumatisoituneiden ihmisten kanssa on vaativaa, ja pakolaiset eri kulttuureista tulevana ryhmänä tuovat oman erityisyytensä työskentelyyn. TLT:n asiantuntemuksen lisäksi tarvitaan varmasti myös vahvaa traumaterrapian asiantuntemusta, että työtä voidaan tehdä eettisesti kestäväällä tavalla. Yhteistyö muiden kuntoutusta antavien tahojen ja eri hoitomuotojen kanssa onkin tärkeää.

Tanssi- ja liiketerapiassa yhtenä tärkeänä tavoitteena on ilon ja kauneuden tuominen takaisin ihmisten elämään. Näiden merkitystä kuvaa pitkään sodasta ja kidutuksesta selvinneiden ihmisten kanssa työskennelleen tanssi- ja liiketerapeutti Amber Grayn (2015) lainaama sitaatti, jonka yksi hänen kanssaan työskennellyt sodasta selviytyjä on sanonut. Ajatus kiteyttää mielestäni hyvin sen, mitä annettavaa tanssi- ja liiketerapialla voisi olla äärimmäisen epäinhimillisiä kokemuksia kokeneille ihmisille.

“Show me where laughter comes from. I don’t need to be reminded of how much I suffered; I will never forget that. I want to be reminded how to sing and dance, and where to find beauty.”

(Gray 2015.)

Taulukko 1. Käytetyt menetelmät / * kirjoittajan lisäämät menetelmät

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- kehoa vitalisoivat harjoitukset- kehotietoisuutta lisäävät harjoitukset- leikit ja pelit- tanssi- ja liikeimprovisaatio- rituaalit- vakauttamis- ja juurrutusharjoitukset *- oman maan musiikki ja tanssi- voimaharjoitukset *- kontakti- ja vuorovaikutusharjoitukset- tunnetyöskentely ja aggression hallinta | <ul style="list-style-type: none">- hengitysharjoitukset *- kehityksellinen liike, kehon eri osien yhteyden vahvistaminen- mielikuvaharjoitukset, symbolien käyttö- rentoutukset- kosketushoidot (ryhmissä) *- läsnäolo- / aistiharjoitukset *- keskustelu, psykoedukaatio- erilaisten välineiden käyttö (pallot, huivit yms.)- taideterapeuttiset menetelmät |
|--|---|

Taulukko 2. Tanssi- ja liiketerapian vaikutuksia traumataustaisille asiakkaille

- PTSD-oireiden (unettomuus, päänsärky, vetäytyminen) väheneminen
- ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, aggressiivisuuden ja levottomuuden vähentyminen
- nähdyksi ja kuulluksi tuleminen
- yhteenkuuluvuuden kokeminen
- oman tarinan rakentamisen mahdollistaminen
- tuki arjen rutiineihin haastavassa elämäntilanteessa
- turvallisuuden ja luottamuksen tunteen lisääntyminen
- oman toimijuuden tunteen ja voiman lisääntyminen
- vuorovaikutustaitojen vahvistuminen
- tunteiden tunnistamisen, näyttämisen ja kirjon lisääntyminen
- empatiakyvyn muodostuminen
- luottamuksen syntyminen, ihmissuhteissa olemisen helpottuminen
- ilon lisääntyminen

Lähteet

Blackwell, Dick (2005): *Counselling and Psychotherapy with Refugees*. Jessica Kingsley Publishers, London.

Boas, Sara (2008): *The body of culture. Transcultural competence in dance movement therapy*. Teoksessa Payne, Helen (toim.) (2006): *Dance movement therapy. Theory, Research and Practice*. 2nd edition. Routledge, East Sussex.

Gray, Amber (2001): *The Body Remembers: Dance/Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture*. Julkaisussa *American Journal of Dance Therapy*, Vol 23, No 1, Spring/Summer 2001.

Gray, Amber (2002): *The Body as Voice: Somatic Psychology and Dance/Movement Therapy with Survivors of War and Torture*. Julkaisussa *Connections. An information service of Immigration & Refugee Services of America's National Alliance for Multicultural Mental Health*. Volume 3, Number 2, April 2002.

Gray, Amber (2011): *Expressive arts therapies: Working with survivors of torture*. Julkaisussa *Torture Journal*. Volume 21, Number 1.

Gray, Amber (2015): *Dance/Movement therapy with refugees and survivors*. *American Dance Therapy Associationin Internet-sivut*. <http://blog.adta.org/2015/01/19/dancemovement-therapy-with-refugees-and-survivors/>. 14.8.2016.

Guribye, Eugene & Lie, Birgit & Overland, Gwynyth (toim.) (2014): *Nordic work with traumatised refugees: Do we really care*. Cambridge Scholars Publishing.

Harris, David (2007): *Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors*. Julkaisussa *Torture*, volume 17. Number 2.

Helsingin Diakonissalaitos & Suikkanen, Sirkku (2010): *Selvitys kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten määrästä sekä psykiatristen palvelujen tarpeestaan*. Helsingin Diakonissalaitoksen raportteja, 1/2010.

Jakobsen, Marianne & Meyer Demott, Melinda & Heir, Trond (2014): *Prevalence of Psychiatric Disorders*

Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. Julkaisussa *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014, number 10.

Kidutettujen kuntoutuskeskus (2014): *Pakolaisten psykososiaalisen tuen kehittäminen -koulutuksen koulutusmateriaali*. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_TEM_2014_II_suojattu.pdf. 13.8.2016.

Kidutettujen kuntoutuskeskuksen Internet-sivut. *Mitä kidutus on?* <https://www.hdl.fi/fi/asuminen-artikkelit/217-toiminta/kidutettujen-kuntoutus-artikkelit/141-mita-kidutus-on>. 13.8.2016.

Koch, Sabine & Weidinger-von der Recke, Beatrix (2009): *Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach*. Julkaisussa *The Arts in Psychotherapy*, 36.

Lehtomaa, Annika (2013): *Luovan tanssi voima. Tutkielma nuorten turvapaikanhakijoiden kokemuksista tanssi-improvisaatioryhmästä vapaa-ajan toimintana*. *Opinnäytetyö (AMK), Turun ammattikorkeakoulu, Toimintaterapian koulutusohjelma*.

Levine, Brooklyn & Land, Helen (2016): *A Meta-Synthesis of Qualitative Findings About Dance/Movement Therapy for Individuals With Trauma*. Julkaisussa *Qualitative Health Research* 2016, Vol. 26(3), 330–344.

Meyer DeMott, Melinda (2014): *Breaking the Silence: Expressive Arts as Testimony*. Teoksessa Guribye, Eugene & Lie, Birgit & Overland, Gwynyth (toim.): *Nordic work with traumatised refugees: Do we really care*. Cambridge Scholars Publishing.

Odgen, Pat & Minton, Kekuni & Pain, Clare (2009): *Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia*. Traumaterapiakeskus, Oulu.

Rauta, Asko (2005): *Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3, vain verkkoversio*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Singer, Allison Jane (2008): *Hidden treasures, hidden voices: An ethnographic study into the use of movement and creativity in psychosocial work with war-affected refugee children in Serbia*. Teoksessa Payne, Helen (toim.) (2006): *Dance movement therapy. Theory, Research and Practice*. 2nd edition. Routledge, East Sussex.

Traumaterapiakeskuksen internet -sivut:
Psykkinen trauma. [http://
www.traumaterapiakeskus.com/18](http://www.traumaterapiakeskus.com/18). 13.8.2016.

Turun Kriisikeskuksen internet-sivut: "Serene-
hanke. Traumatisoituneille maahanmuuttajille
suunnattujen tukimuotojen kehittämishanke". [http://
www.turunkriisikeskus.fi/content/fi/1/20059/Serene-
hanke.html](http://www.turunkriisikeskus.fi/content/fi/1/20059/Serenehanke.html). 13.8.2016.

Vervliet, Marianne & Meyer Demott, Melinda &
Jakobsen, Marianne jakobsen & Broekaert, Eric & Heir,
Trond & Derluyn, Ilse (2014): The mental health of
unaccompanied refugee minors on arrival in the host
country. Julkaisussa Scandinavian Journal of Psychology,
2014, number 55.

Ylönen, Maarit & Cantell, Marja (2009):
Kinaesthetic narratives: Interpretations for children's
dance movement therapy process. Julkaisussa Body,
Movement and Dance in Psychotherapy. Vol. 4, No. 3.

Kirjoittaja:

Ilona Tapanainen, tanssi-liiketerapeutti,
sosiaalityöntekijä (VTM).

ilona.tapanainen(ät)gmail.com

<https://www.sunahonlaita.fi>

Terveiset Milanon EADMT-konferenssista ja General Assembly-kokouksesta

Liisa Jaakonaho

Syyskuussa 2016 minulla oli ilo ja kunnia osallistua EADMT:n (European Association for Dance Movement Therapy) konferenssiin Milanossa, ja edustaa samalla yhdistystämme delegaattina konferenssin yhteydessä pidetyssä General Assembly-kokouksessa. Suomen Tanssiterapiayhdistys valittiin EADMT:n jäseneksi vuonna 2015 ja saimme nyt ensimmäistä kertaa olla mukana kokouksessa jäsenyhdistyksenä, keskustelemassa alamme tärkeistä asioista kansainvälisesti - ja äänestämässä muun muassa EADMT:n uuden hallituksen kokoonpanosta. Yhdistyksen uudeksi puheenjohtajaksi, Susan Scarthin seuraajaksi valittiin Vincenzo Puxeddu Italian yhdistyksestä. Muita kokouksessa käsiteltyjä asioita olivat muun muassa Italian yhdistyksen kanssa järjestetyn konferenssin ”jälkipyykki”, tulevat konferenssisuunnitelmat, euroopanlaajuisten TLT-koulutuksia koskevien standardien laatimisen aloittaminen ja mahdollisen maailmanlaajuisen tanssiterapiaverkoston perustaminen. Seuraava General Assembly pidetään Barcelonassa syys-lokakuun vaihteessa. Olen menossa myös sinne delegaatin roolissa ja odotan mielenkiinnolla, miten Milanon keskustelut siellä etenevät.

Konferenssin otsikkona oli 'Crisis, Creativity and Society: Dance Movement Therapy embodying interdisciplinary pathways' ja teemana sen mukaisesti monialaisuus alallamme, suhteessa

ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Mukana oli 270 osallistujaa yhteensä 29:stä maasta. Marja Cantell oli mukana kongressin tieteellisessä komiteassa ja arvioidessaan esitelmien abstrakteja hän sai yleiskuvan siitä, kuinka monenlaista eurooppalainen tanssiterapia(tutkimus) voi olla. Kaksi nousevaa teemaa on trauma ja neurotiede, kohderyhminä useimmin psykiatriset aikuisasiakkaat. Jonkin verran tutkimusabstrakteja oli myös oppimisvaikeuksista ja iäkkäistä. Teoreettinen viitekehys puuttui monesta abstraktista. Mukaan hyväksyttiin eniten kokoneiden, tutkijakoulutuksen saaneiden esityksiä. sillä monella tanssiterapeutilla ei ole kongressiesitykseen tarvittavaa pohjakoulutusta. Yllättävän vähän varteenotettavia abstrakteja oli tarjolla työpajoihin. Marja toivoo seuraavaan EADMT kongressiin suurempaa suomalaista edustusta!

Kirjoitin konferenssista laajemman raportin Body, Movement and Dance in Psychotherapy -lehteen (ks. <http://bit.ly/2quWl2Q>), mutta tässä lyhyesti muistoani:

Keynote-puheenvuoroista erityisesti mieleeni jäivät Marianne Eberhard-Kaechelen ja Vittorio Gallesen esitykset. Eberhard-Kaechele on lehtori-tutkija German Sports University Colognessa, Saksan taideterapioiden yhdistyksen varapuheenjohtaja, sekä 30 vuotta kliinistä kokemusta omaava tanssi-liiketerapeutti. Puheenvuorossaan hän puhui monialaisten polkujen mahdollisuuksista tanssi-liiketerapiassa ja sen ympärillä, muun muassa ammatti-identiteetin, alan kehittämisen ja siihen liittyvien haasteiden näkökulmista. Mieleeni jäi erityisesti hänen käyttämänsä visuaalinen metafora kasvusta, joka tarvitsee tukevan rungon ja eri suuntiin kasvavat lehdet, pysyäkseen tasapainossa. Tätä metaforaa Marianne käytti havainnollistamaan sitä,

miten on tärkeää samaan aikaan pitää kiinni ”ydinosaamisesta” ja kurottaa eri suuntiin, hakien vaikutteita, mahdollisuuksia ja tietoa muilta aloilta.

Vittorio Gallese on fysiologian professori Parman yliopistossa ja tutkijatohtori Columbia Universityssä New Yorkissa. Hänen merkittävin tieteellinen saavutuksensa oli peilineuronien (mirron neurons) löytäminen, yhteistyössä kollegojensa kanssa, sekä intersubjektiivisuuden malli, joka tunnetaan nimellä ’Embodied Simulation Theory’. Puheenvuorossaan Gallese esitteli tämän mallin hyvin havainnollisella ja mukaansatempaavalla tavalla. Paikalla olleelle TLT-yhteisölle oli kunnia, että Gallese pääsi konferenssiin luennoimaan, sillä peilineuronien löytyminen on ruokkinut TLT:n tietopohjaa ja käyttämiemme menetelmien uskottavuutta teoreettisella tasolla.

Hienoa oli myös, että konferenssin esityksissä olivat mukana suomalaiset konkarit Marja Cantell ja Maarit Ylönen. Maaritin ja Marjan edukseen erottuneen ja tyylikkään esityksen otsikko oli ’The Invisible Fairy - Narrative Dance Movement Therapy’. Siinä he kuvasivat kahden tapauskertomuksen kautta narratiivista, post-positivistista ja etnografista lähestymistapaa tanssi-liiketerapiaan ja sen tutkimukseen. Marja ja Maarit kuvaavat itse tarkemmin esityksensä teemoja oheisessa kirjoituksessaan.

Marja edusti myös toisessa esityksessä yhdessä Rosemarie Samaritterin kanssa; otsikkona ’Embodied wordings of change: how do dance movement therapists describe their interventions?’ Marja kertoi, että tarve kirjallisuuskatsaukseen nousi siitä terveystilanteesta, joka Hollannissa ja Suomessa vallitsee: tanssiterapian on näytettävä vaikuttavuutensa ja kuvattava sisältönsä niin, että sitä voidaan

arvioida ja toistaa - ikään kuin luoda ’manuaali’. Katsauksen aikana nousi esiin neljä tapaa/mallia kuvata tanssiterapian sisältö: 1. Metateoreettiset viitekehykset (esim. fenomenologinen, filosofinen, biologinen, psykologinen, neurotieteinen); 2. Terapian teoreettiset mallit (esim. psykoterapeuttinen vs. tanssiin pohjautuva orientaatio, keho/liikeaspektit jotka vaikuttavat tervehtymiseen ja hyvinvointiin); 3. Terapiarakenteet (terapiaprosessi, ohjaavat rakenteet jne.); 4. Terapiametodit ja tekniikat (konkreettiset kuvaukset, kuten peilaus ja rentoutustekniikat). Marjan ja Rosemarien suosituksena on, että tanssiterapiatutkimuksessa ja julkaisuissa otettaisiin huomioon kaikki neljä tasoa, jolloin voidaan kerätä tietoa sisällöstä ja vaikuttavuudesta monella eri tavalla ja vankentaa alamme asemaa (terveydenhuollossa).

Konferenssin työpajoista mieleeni jäi erityisesti Hilda Wengrowerin työpaja, jonka otsikkona oli ’Meeting our Images of the Other’. Suositussa ja tiiviisti kansoitettussa työpajassa lähestyttiin toiseuden kohtaamisen teemoja liikkuen, tilaa haltuun ottaen, pienryhmissä erilaisuutta ja samanlaisuutta leikin kautta reflektoiden, sekä runollisen mielikuvatyöskentelyn kautta.

Mieleenpainuvaa oli myös EADMT:n toteuttaman dokumenttielokuvan ’Resilient Lives: Building Strength through Dance Movement Therapy’ näytös. Elokuvan on ohjannut latvialainen nuori ohjaaja Kate Pavula ja tuottanut EADMT yhteisrahoituskampanjan tuella. Suurin osa videon materiaalista on kuvattu Riikan ensimmäisessä EADMT-konferenssissa 2014, jossa olin myös paikalla. Oli hauskaa tunnistaa elokuvasta tuttuja ihmisiä ja hetkiä, jotka palauttivat edellisen konferenssin elävästi mieleen.

Suunnitelmissa on, että Marjan ja Sini-Maria Tuomivaaran kanssa toteutamme myös suomenkieliset tekstitykset elokuvaan, jolloin sitä voidaan hyödyntää koulutus- ja promootiomateriaalina myös Suomessa.

Kaiken kaikkiaan kokouksesta konferenssista jäi optimistisen inspiroitunut olo TLT-alan tulevaisuuden suhteen: eurooppalainen tanssiterapia kasvaa, kehittyy, kukkii ja rönsyilee moninaisesti ja moniin suuntiin, säilyttäen juurevasti ytimensä kehollisessa kokemuksessa ja vuorovaikutuksessa.

Kirjoittaja:

Liisa Jaakonaho, tanssi-liiketerapeutti,
tanssipedagogi, tanssi- ja esitystaiteilija,
tohtorikoulutettava.

liisa.jaakonaho(ät)uniarts.fi

<http://www.liikahdus.fi>



Palasia Milanon konferenssiesitelmästä: "The Invisible Fairy - narrative Dance-Movement Therapy"

Maarit Ylönen & Marja Cantell

Lähtökohtamme Milanon esitelmään oli metodologinen. Meitä on terapeutteina kiinnostanut erityisesti ne hetket, jolloin asiakas – tai joskus myös terapeutti asiakkaan todistajana – oivaltaa jotain olennaista omasta elämästään. Nämä ainutkertaiset avaukset (mm. White 2004) tulevat yllättäen sekä asiakkaalle että terapeutille eikä niitä voi etukäteen ennustaa tai "terapoida" ohjata. Terapeutin tehtävänä on mahdollistaa nämä oivallukset ja toisaalta olla myös herkkänä niille (Jaakko Seikkula puhuu "ikkunan avautumisesta", jonka tulkitsemme tarkoittavan samaa asiaa). Siinä on meistä luovuuden ja taideterapioiden voimavara ja ydin.

Tutkija -terapeuttina on luontevaa käyttää etnografista ja laadullista tutkimusotetta. Toki muunkinlaista tanssi-liiketerapiatutkimusta tarvitaan, että voimme osoittaa TLTn vaikuttavuutta. Milanon esitelmässä meillä oli viitekehyksenä post -moderni terapiasuuntaus. Se sopii mielestämme mainiosti tapaustutkimukseen, jossa kuvailimme kahden asiakkaan terapiaprosessia juuri näiden ainutkertaisten avauksien näkökulmasta. Post -moderni lähestymistapa mahdollistaa irtautumisen tiukasta syy-seuraussuhteiden maailmasta, silloin ilmiöitä voi tarkastella hermeneuttisesti tulkiten niitä monentasoisesti. Ainoastaan yhtä totuutta ei

ole, vaan monet tulkinnat, niin terapeutin kuin asiakkaan, muodostavat merkitysten verkon, josta asiakas voi löytää uusia näkökulmia oman elämänsä pulmiin.

Maarit käsitteli tapausesimerkissään nuoren naisen, Hannahin identiteettikehitystä. Hän oli hakeutunut terapiaan masennuksen vuoksi ja kolmen vuoden terapiaprosessin jälkeen masennusta ei enää ollut. Hän oli mm. aloittanut uudet opinnot, ja valmistui juuri terapian lopussa uuteen ammattiin. Hannah käsitteli elämänsä keskusteluterapian ohella TLTn keinoin integroituna ekspressiivisen taideterapian menetelmiin. Hän tutki terapiavuosien aikana oma ruumiinkuvaansa itsensä kokoisen siluettikuvan ("Ruumiin kartan"/" Sagoman") avulla, johon hän kuvitti tuntemuksiaan terapiasessioiden aikana. Tämä monikerroksinen kuva itsestä muotoutui vähitellen: aluksi se oli hahmo, jonka suu oli tiukasti ommeltu kiinni, silmät olivat tyhjästä ympyrät ja otsassa oli pitkät tuntosarvet. Tuntosarvioiden päässä hehkuivat suuret silmät.

Maarit: *Erään terapiakerran aikana Hannah maalasi lantion kohdalle suuret mustat sarvet. En silloin tohtinut kommentoida kuvaa, vaikka tunsin kehossani jännitystä ja hengitykseni muuttui pidättyväksi. Seuraavalla kerralla Hannah kertoi sitten lapsuudestaan nousseen muiston, jossa hän nololla tavalla joutui kohtaamaan seksuaalisuutensa ulkopuolisen tuomitsevan katseen alla. Hän ryhtyi muokkaamaan kuvassa olevia sarvia koristellen ne yksityiskohtaisesti. Kun myöhemmin keskustelimme tästä tapahtumasta, hän kertoi, että suhde seksuaalisuuteen oli muuttunut ratkaisevasti positiiviseen suuntaan.*

Kun Hannah katsoi viimeisellä terapiakerralla kuvaansa, hän näki siluetin, jossa kasvot olivat nuoren naisen kasvot, suu ei enää ollut ommeltu kiinni, lantio, kädet ja jalat olivat täytetty monimuotoisilla symboleilla ja

pään ympärillä oli keltainen sädekehä. Hän kertoi olevansa valmis jatkamaan elämänsä ilman terapiaa. Kuva itsestä oli muuttunut positiiviseksi terapiaprosessin myötä.

Marja valitsi tapauskuvaukseensa kaksi teemaa joihin hän törmäsi Julian, 40 vuotiaan asiakkaan kanssa. Julia hakeutui terapiaan masennuttuaan isänsä kuoleman jälkeen. Julia koki tyytymättömyyttä ja vaikeutta suhtautua omaan kehoonsa. Lisäksi hän koki olevansa jumissa ihmissuhteessaan. Aloittaessamme hänen kinesfäärinsä oli pieni suhteessa hänen pitkiin raajoihinsa, hän käytti kevyttä ja jatkuvaa liikettä joista kuitenkin puuttui flow. Sessiossa toistui tietty liike joka ei johtanut mihinkään tai Christine Caldwell'in sanojen mukaan kyseessä oli 'movement tag' joka on ensin tuttu ja miellyttävä mutta muuttuu väsyttäväksi pakkomielteen omaiseksi liikkeeksi. Liike tag ei kehity, tuota mielihyvää, tai tule ns. valmiiksi. Vaikka Julia huomasi toistavansa päänheilutusliikettä ja näytti jopa häpeävän sen tekemistä, hän ei silti voinut sitä lopettaa.

Marja: Terapeuttina liike tag'ia oli vaikea katsoa ilman että tulin levottomaksi ja malttamattomaksi. Varsinkin ensimmäisen kuukauden aikana minusta tuntui hankalalta pysyä läsnä sillä koin että Julia toistaessaan päänheilutusta dissosioi (Caldwell: "Addiction as somatic dissociation"). Omassa työnhjauksessani työskentelin omien 'liikeaddiktoideni' kanssa, halusin tehdä tietyn tutun kaulavenytyksen tai lähteä juoksulenkille.

Toinen teema joka oli luuteenomaista Julian kanssa työskentelylle oli vuorovaikutus pienten, lähes huomaamattomien liikkeiden kanssa (Micro level movement interaction). Esimerkiksi, Julia seisoo, alkaa venytellä käsivarsiaan, keho pysyy liikkumattomana. Hän katsoo minua epäröiden ja lopettaa liikkeen keskivartalon kohdalle ikään kuin muistaen tai haluten jotain muuta. Julia aloittaa taas saman

venytyksen, pysähtyy yhtäkkiä ja palaa taas venyttelyn alkuun.

Koen somaattisena vastatransferina että kehoni jakautuu kahtia, ala- ja yläosat tuntuvat erillisiltä. Katson Juliaa, hänen silmänsä harhailevat sivusuunnassa ja ylös alas. Odotan että liikesarja tulee valmiiksi... Epäröin mutta... Nostan käteni varovasti lantion tasolle, siirrän painoni lantion etupuolelle ja samalla teen käsivarsillani pienen pientä aaltomaista liikettä. Huomaan Julian katsovan ja alamme peilata hänen ja minun liikeversioitamme. Kun toisella kerralla tarjoan valssia liikkeen lisäksi, liikelaadusta tulee pehmeä swing-mainen flow. Jatkamme synkroniassa ja Julia siirtää nyt painoaan vuorotellen ja selkeämmin kummallekin jalalle. Hän löytää uuden muodon, kahdeksikon johon hän näyttää tyytyväiseltä ja hymyilee. Hän pitää liikkeen virtaavana ja näen hänen kehonsa rennompana ja pehmeämpänä.

Kysyn haluaako hän liikkua tilassa johon hän vastaa nyökäten ja vähän ajan päästä sanoo kuinka hän tuntee hengityksensä. Hän on yllättynyt kuinka hänen kehonsa 'alkoi viedä'. Liikkumiseen yhdistyy nauru, hän toteaa ettei osaa tanssia valssia mutta tällaista kylläkin ja se tuntuu hyvältä. Olimme avanneet jonkinlaisen ikkunan kekokokemusten ja tunteiden yhteyteen (ainutkertainen avautuma).

Seuraavissa sessioissa Julia haluaa jatkaa valssia ja valitsee liikearjan jossa on vähittäisiä energian vaihteluja, kevyestä vahvaan painonkäyttöön, ja vahvasta kevyeen. Kinesfäärin koko vaihtelee myös pienestä suureen ja toisin päin. Peilatessani Juliaa tunsin hänen kykenevän liikkeiden loppuunsaattamiseen. Aikaisemmin pakonomaiselta tuntuneet liikelaadut vähenivät. Lopetuksemme oli joogamainen child's pose, kätemme tapasivat toisensa lattialla, lepäsimme.

Havainnoin että aaltomaiset liikkeet ja irtipäästäminen sekä painonvoimalle antautuminen lopuksi, olivat osa Julian

liikerituaaliaan; antaa kehon viedä. Niiden kautta hänen oli mahdollista käsitellä jumiutumisen kokemustaan ja kunnioittaa suruaan.

Yhteenvedossamme totesimme että haasteena on yhdistää kehollisia narratiiveja kielelliseen narratiiviin. On myös vaikea tietää ketkä asiakkaat hyötyvät eniten terapiasta jossa yhdistetään kehollisia ja visuaalisuuteen perustuvia kokemuksia. Esityksemme lopuksi nostimme esiin kolme kysymystä.

1. Kuka on terapiassa tulkitsija(n roolissa)?
2. Mitkä ovat tanssiterapeutin interventio mahdollisuudet ilman että hän manipuloi tai tekee (väärä) tulkintoja?
3. Onko terapeutti tarpeeksi kärsivällinen niin että kehon tarina saa oman luonnollisen muotonsa/paikkansa minkä se tarvitsee virrataksaan?

Kirjoittajat:

Maarit Ylönen, LitT, liikuntatieteiden tohtori, FM, kulttuuriantropologi, psykoterapeutti, VET (Kela-kelpoisuus), tanssi-liiketerapeutti, työnohjaaja (STOry), kouluttaja.

maarit.ylonen(ät)mck.fi

<http://tanssipsykoterapia.fi>

Marja Cantell, dr. M.H, tanssi-liiketerapeutti.

m.h.cantell(ät)rug.nl

<http://www.rug.nl/staff/m.h.cantell/>

Taideterapeutti - toistaiseksi tunnistamaton terveydenhuollon ammattilainen?

Maria Svan

Suomessa on yli tuhat taideterapeutin koulutuksen saanutta henkilöä. Taideterapeutteja ovat musiikkiterapeutit, tanssi-liiketerapeutit ja kuvataideterapeutit. Euroopassa ja maailmalla myös draamaterapeutit luetaan taideterapioiden ammattikuntaan, mutta Suomessa draamaterapiakoulutus ei ole vielä vakiintunut. Taideterapeutin ammattiopinnot vastaavat opintopistekokonaisuudeltaan sekä työnohjaus- ja asiakasharjoittelutuntien laajudeltaan minimissään psykoterapeutin koulutusta. Sisältö on kuitenkin laajempi, koska taideterapeutit työskentelevät monipuolisemman asiakaskentän parissa. Viime vuosina yhteiskunnassamme on kasvanut ymmärrys taiteen, kulttuurin ja hyvinvoinnin yhteyksistä. Taideterapeutit ovat tämän ilmiön koulutettuja ammattilaisia. Monet heistä tuottavat lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita itsenäisinä ammatinharjoittajina sairaanhoitopiireille, kunnille tai Kelalle. Osa taideterapeuteista tekee työtään toisen työn sisällä esimerkiksi psykologina, fysioterapeuttina, erityisopettajana tai ennaltaehkäisevän työn parissa.

Kelan kuntoutuksessa taideterapiat ovat edustettuina vain rajoitetusti. Tähän vaikuttanee osaltaan se, että taideterapeuteilla ei ole Valviran tarjoamaa ammattinimikesuojaa. Kela korvaa

musiikkiterapiaa vaativan kuntoutuksen muotona lapselle tai nuorelle aikuiselle sekä kuntoutuspsykoterapiana nuorille 16–25-vuotiaille edellyttäen, että terapeutti on suorittanut hyväksytyt koulutuksen ja on tehnyt palveluntuottajasopimuksen Kelan kanssa. Kuvataideterapian palveluntuottajiksi on Kelassa hyväksytty vain kuvataidepsykoterapeutin koulutuksen käyneet kuvataidepsykoterapeutit sekä ne kuvataideterapeutit, joilla on lisäksi psykoterapeutin koulutus. Tanssi-liiketerapian soveltuvuutta Kelan kuntoutusmuodoksi tutkitaan parhaillaan. Kela julkaisi viime vuonna pienimuotoisemman tutkimuksen tanssi-liiketerapiasta. Uusi, kolmevuotinen tutkimushanke ryhmämuotoisesta tanssi-liiketerapiasta masennusasiakkaille on käynnistynyt tänä keväänä.

Musiikkiterapiayhdistyksen, tanssiterapiayhdistyksen ja Taiten ry:n edustajat tapasivat tammikuussa, jolloin päästiin yhteisymmärrykseen siitä, että kolmen taideterapiasuuntauksen ammattilaiset alkavat edistää taideterapeutin nimikesuojauksen saamista yhteisrintamana. Erityisesti musiikkiterapeutit ovat vuosikymmenten aikana pyrkineet tuloksetta saamaan selkeämmän aseman kuntoutuskentällä. Asia on mm. edennyt lakialoitteeksi, mutta silloisen eduskunnan kausi päättyi ennen aloitteen käsittelyä. TEO, nykyinen Valvira, myönsi ennen vuotta 1994 valmistuneille musiikkiterapeuteille oikeuden psykoterapeutin ammattinimikkeeseen. Psykoterapeutin ammattinimike ei ole hyvä ratkaisu taideterapeuttien ammattikunnan tunnistamiseksi, koska kyseessä on oma ammattikunta. Valviran tulkinta on tällä hetkellä se, että taideterapiat eivät ole psykoterapiasuuntaus, vaan psykoterapiassa sovellettava menetelmä. Taideterapia ei kuitenkaan ole pelkkä menetelmä, vaan maailmalla tunnustettu, tutkittu ja tuloksellinen kuntoutusmuoto, johon asiakkaat

sitoutuvat mielellään. Taideterapeutit työskentelevät psykoterapian kentällä, mutta myös lasten, nuorten ja aikuisten neurologisessa kuntoutuksessa sekä vanhusten ja vammaisten henkilöiden kuntoutuksessa.

Taideterapeutin ammattinimike tarvitaan, jotta sosiaali- ja terveystalvissa pystytään vastaamaan sellaisten asiakkaiden kuntoutuksesta, jotka sitoutuvat psykoterapiaa ja toimintaterapiaa paremmin taideterapiaan. Yhteinen ammattinimike toisi selkeyttä myös Kelan kuntoutuspalvelukäytäntöihin sekä mahdollistaisi yhtäläisen ja yhdenvertaisen verokohtelun kaikille taideterapiamuodoille. Psykoterapian ja kuntoutuksen ammattilaisista on pula ympäri Suomen. Uuden taideterapeutti-ammattinimikkeen myötä jonoja voitaisiin purkaa ja kentällä toimivat taideterapeutit saisivat lain edellyttämän potilasvakuutuksen tuottaessaan Kelan palveluita. Lisäksi koulutettujen taideterapia-ammattilaisten työtilanne ja ammattisuoja olisi turvatumpi. Taiteella ja kulttuurilla on terapeuttisia vaikutuksia myös itsessään, mutta ei ole kenenkään edun mukaista, että henkilö, joka ei ole käynyt taideterapian ammatin harjoittamiseen oikeuttavaa koulutusta voi markkinoida itseään taideterapeutina. Ammattirekisteristä löytyvä ja työnohjauksen piirissä oleva taideterapeutti on potilaan kannalta turvallinen ja luotettava ammattilainen.

Laki ja tulevat käytännöt

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminta on valvottua ja säännösteltyä. Nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. He eivät kuitenkaan

voi käyttää itsestään esimerkiksi ammattinimikettä kiropraktikko, tai markkinoida palvelujaan tällä tavoin. Muita esimerkkejä suojatuista ammattinimikkeistä on mm. koulutetun hierojan ja psykoterapeutin ammattinimikkeet. Jos verrataan hierojan koulutusta, jonka voi lyhimillään suorittaa alle vuodessa ilman pohjakoulutusvaatimuksia, olisi enemmän kuin perusteltua saada ammattinimikesuojaus myös taideterapeuteille, joiden koulutus kestää perus- ja ammattiopinnot mukaan lukien 4 vuotta. Taideterapeuttien pohjakoulutuksena on nykyisin alempi tai ylempi korkeakoulututkinto taide- ja kulttuurialalta, kasvatusalalta tai sosiaali- ja terveysalalta. Taideterapeutin ammatissa toimiakseen terapeutilla täytyy olla riittävä ymmärrys ja omakohtainen kokemus edustamastaan taidesuuntauksesta. Terapeutin ammattiopintoihin ei pääse ilman riittäviä pohjataitoja kustakin suuntauksesta (musiikki, tanssi, kuvataide).

Valvira voisi jatkossa käsitellä valmistuvien taideterapeuttien nimikesuojaushakemukset samoin kuin psykoterapeuttien kohdalla toimitaan. Psykoterapiakoulutus järjestettiin aiemmin yksityisten koulutustahojen tarjoamana. Uuden käytännön mukaan koulutuksen järjestää suomalainen yliopisto joko yksin tai yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa. Yliopisto ratkaisee autonomiansa perusteella kysymykset opiskelijavalinnoista, koulutuksen järjestämisestä, taustakoulutuksesta sekä työkokemuksen riittävydestä ja vastaa opiskelijaksi ottamisesta. Kun Valvirasta haetaan psykoterapeutinimekettä, hakemuksessa on oltava virkatodistus ja yliopiston/oppilaitoksen antama jäljennös alkuperäisestä tutkintotodistuksesta. Valvira voi erityisestä syystä tutkia myös taustakoulutuksen ja työkokemuksen riittävyden. Muun muassa Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Hollannissa musiikki-

terapeutit, tanssi-liiketerapeutit ja kuvataideterapeutit opiskelevat yhdessä erityisesti perus- ja aineopintoja ja erikoistuvat oman taiteenalan menetelmiin. Maasta riippuen he saavat taidepsykoterapeutin ammattinimikkeen tai erillisen luovan terapeutin nimikkeen.

Suomen taideterapeutit valmistuvat tällä hetkellä etupäässä Eino Roiha -instituutista, jossa tarjotaan ammattiopintoja kaikkiin kolmeen taideterapiamuotoon. Eino Roiha -instituutin taideterapiakoulutukseen tullaan taide-, sosiaali- ja terveystieteiden, tai kasvatustieteiden tutkinnolla. Taideyliopiston Teatterikorkeakoulun täydennyskoulutuskeskuksessa on tarjottu tanssi-liiketerapian ammattiopintoja, mutta koulutus ei ole toistaiseksi vakiintunut jatkuvaksi. Myös musiikkiterapeutteja valmistui aiemmin Taideyliopiston Sibelius-Akatemian täydennyskoulutuksista. Kuvataideterapiakoulutuksia on ollut Eino Roiha -instituutin lisäksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Ammattikorkeakoulun koulutusohjelmaa ollaan kuitenkin valitettavasti resurssipulan vuoksi ajamassa alas. Koulutuksia on järjestetty myös Aalto-yliopiston täydennyskoulutuksena. Jyväskylän yliopistossa on terapiatutkimukseen keskittyvät musiikkiterapian maisteriopinnot, jotka eivät anna kliinistä pätevyyttä toimia musiikkiterapeutina.

Meneillään olevassa Suomen yliopistojen rakenneuudistuksessa karsitaan päällekkäisyyksiä ja selkeytetään yliopistojen keskinäistä vastuujakoa eri koulutuksista. Uudistuksen pohjalta julkaistussa Unifin raportissa ehdotetaan taidekoulutuksen osalta sitä, että Jyväskylän yliopisto ottaisi päävastuun taideterapiakoulutuksista. Tämä olisi luontevaa monestakin syystä. Jyväskylän yliopiston musiikin, taiteen ja

kulttuurintutkimuksen laitoksella on paljon esitystä tukevia resursseja, kuten musiikkiterapian oppiaineen professuuri, maisteriohjelma, yliopistotutkija ja jaettu amanuenssin toimi. Lisäksi laitos tuottaa korkealaatuisia opetusta taidehistorian, taidekasvatuksen, musiikkitieteen ja musiikkikasvatuksen oppiaineissa, jotka mahdollistavat jatkossa yhtenäisiä taideopintojen sisältökokonaisuuksia myös taideterapeuteille.

Jyväskylän yliopistossa on myös psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus, joka järjestää mm. integratiivisen psykoterapian psykoterapeuttikoulutusta, jossa musiikkipsykoterapia on yhtenä suuntautumismuutoksena. Jyväskylän yliopistossa jo olevista oppikokonaisuuksista erityisesti tanssi-liiketerapeutit voisivat hyödyntää liikuntalääketieteen opintoja osana erikoistumistaan. Taideyliopiston vararehtori Paula Tuovinen ehdottaa Unifin raportissa, että Jyväskylän yliopisto tekisi yhteistyötä Taideyliopiston tanssin koulutusohjelman kanssa tanssi-liiketerapeuttien opintosisällöissä. Taideterapiakoulutusten keskittäminen Jyväskylän yliopistolle olisi luonnollista myös sen ja Eino Roiha -instituutin läheisten suhteiden vuoksi. Se olisiko koulutuksen järjestäjänä Jyväskylän yliopisto vai esimerkiksi Eino Roiha -instituutti, on lähinnä tekninen kysymys. Yliopistojen tiukentuneen taloustilanteen vuoksi paljon henkilökohtaista ohjausta ja pienryhmäopiskelua vaativat taideterapiaopinnot todennäköisesti säilyisivät maksullisena täydennyskoulutuksena psykoterapiaopintojen tapaan.

Itse pitäisin luontevimpana ja yksinkertaisimpana sitä, että Eino Roiha -instituutti tuottaisi koulutuksen yhdessä yliopiston kanssa. Musiikkiterapian maisteriohjelman ja psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskuksen professorit olisivat Eino

Roiha -instituutin koulutusten taustaorganisaatiossa. Yliopisto voisi valvoa taideterapiakoulutusten rakennetta ja oppilasvalintoja sekä kirjoittaa todistuksen suorituksesta koulutuksesta.

Kirjoittaja:

Maria Svan, tanssi-liiketerapeutti,
Musiikinopettaja FM, Äänivalmentaja.

maria.svan(ät)mbody.info

<https://mbody.info>

Ajankohtaista

koonnut Marko Punkanen

Tulevia koulutuksia:

TANSSI-LIIKETERAPIAN ERIKOISTUMISKOULUTUS 1

Psykoterapeuttisen keho- ja liiketyöskentelyn perusteet, 30 op Eino Roiha –instituutti, Jyväskylä, syyskuu 2017 - kesäkuu 2018

Koulutuksen kohderyhmänä ovat sosiaali-, terveys-, kasvatus- ja opetusalan sekä tanssi- ja liikunta-alan ammattihenkilöstö kunnissa, kuntayhtymissä, sairaanhoitopiireissä, järjestöissä, oppilaitoksissa ja muissa julkisissa ja yksityisissä yhteisöissä.

Päivä-/monimuoto-opiskeluna toteutettava koulutus muodostaa prosessiluonteisen yhtenäisen kokonaisuuden, jossa on 21 lähiovetuspäivää (2-3 pv/kk).

Koulutukseen valitaan 16-22 osallistujaa hakemusten ja haastattelujen perusteella.

Koulutuksen osallistumismaksu 2900 € sisältää opetuksen, ohjauksen ja koulutusmateriaalin (ei kirjallisuutta).

Lisätietoja
Marko Punkanen,
marko.punkanen@tanssiterapia.net, 040 555 1355.

Hakeminen
Hakuaika päättyy 30.6.2017. Hakulomakkeen voit tilata Marko Punkaselta:
marko.punkanen@tanssiterapia.net.

Hakemukseen ei liitetä todistuksia.
Hakulomakkeet palautetaan s-postilla:
marko.punkanen@tanssiterapia.net

TANSSI-LIIKETERAPIAN ERIKOISTUMISKOULUTUS 2

Psykoterapeuttisen keho- ja liiketyöskentelyn - Tanssi-Liiketerapian ammatilliset opinnot, 115 op Eino Roiha –instituutti, Jyväskylä, helmikuu 2018 - joulukuu 2020

Koulutuksen kohderyhmänä ovat sosiaali-, terveys-, kasvatus- ja opetusalan sekä tanssi- ja liikunta-alan ammattihenkilöstö kunnissa, kuntayhtymissä, sairaanhoitopiireissä, järjestöissä, oppilaitoksissa ja muissa julkisissa ja yksityisissä yhteisöissä. Koulutukseen otetaan 18-21 osallistujaa. Pääsyvaatimuksena koulutukseen on Tanssi-Liiketerapian perusopinnot 30 op tai sitä vastaavat opinnot. Lisäksi hakijalla tulee olla:

- korkea- tai opistoasteen tutkinto em. tai soveltuvilta aloilta
- oman peruskoulutusalan vähintään kahden vuoden asiakastyökokemus hakuajan päättymiseen mennessä

Tanssi-Liiketerapian ammatillisten opintojen tavoitteena on, että osallistuja osaa käyttää tanssi-liiketerapiaa psykoterapeuttisena hoito- ja kuntoutusmuotona työnohjauksen alaisena ja saa valmiudet toimia tanssi-liiketerapian tehtävissä.

Koulutuksen osallistumismaksu 12000 € sisältää teoria- ja menetelmäopinnot (ei psykologian perusopinnoita), koulutusterapiaprosessin ja työnohjausprosessin sekä jaettavan opetusmateriaalin (ei kirjallisuutta). Osallistumismaksu maksetaan erissä.

Lisätietoja
Marko Punkanen,
marko.punkanen@tanssiterapia.net, 040 555 1355.

Hakeminen
Hakuaika päättyy 31.8.2017. Hakulomakkeen voit tilata Marko Punkaselta:
marko.punkanen@tanssiterapia.net.

SUOMEN TANSSITERAPIAYHDISTYS RY

- * tanssi-liiketerapia-alan kokoava voima: toimii tanssi-liiketerapeuttien ammatillisena verkostona ja tekee tanssi-liiketerapiaa tunnetuksi Suomessa
- * kehittämistyötä tanssi-liiketerapian eri alueilla
- * luo kansainvälisiä yhteyksiä muiden maiden tanssi-liiketerapiayhteisöihin
- * harjoittaa koulutus- ja tiedotustoimintaa
- * osallistuu suomalaisen tanssi-liiketerapiakoulutuksen kehittämishankkeeseen (SUTAKE)
- * toimii kotimaassa yhteistyössä muiden kuntoutus- ja hoitoaloja edustavien yhteisöjen kanssa

Postiosoite:

Suomen Tanssiterapiayhdistys ry, PL 1366, 00101 Helsinki

Y-tunnus 871022873-1

Jäsenyys:

Yhdistyksellä voi olla ammatti-, opiskelija- ja kannatusjäseniä. Jäsenyyttä haetaan kirjallisesti. Tarkemmat ohjeet ja jäsenhakemuslomakkeen löydät yhdistyksen Internet-sivuilta (www.tanssiterapia.net).

Hallitus 2017-2018:

Puheenjohtaja: Päivi Pylvänäinen, s-posti: puheenjohtaja@tanssiterapia.net

Varsinaiset jäsenet:

Johanna Ryyänen, Maria Svan, Meri Nisula, Sini-Maria Tuomivaara, Liisa Jaakonaho ja Helena Ryyänen

Varajäsenet:

Ulla Leino, Paula Rinne, Ilona Tapanainen ja Riikka Salminen