

# effortti

2016  
10 (1)



## tässä numerossa:

Miten huomioida keholliset ulottuvuudet masennuksen hoidossa?

Tanssi-liiketerapia kehotietoisuutta ja kehollista tunneilmaisua vahvistavana hoitomuotona

Emotions Expressed by Person with Depression and Embodied by Kinesthetic Empathy of the Observer

Solukirjoitusta soluhengityksestä, alkumerestä ja kuudesta perustavasta liikkeestä

Suomen Tanssiterapiayhdistyksen 15-vuotisjuhlaseminaari  
"TLT masennuksen hoidossa"

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. 2016 on 10 €. Suomen Tanssiterapiayhdistys ry:n jäsenille lehti on ilmainen.

Julkaisija: Suomen Tanssiterapiayhdistys ry

[www.tanssiterapia.net](http://www.tanssiterapia.net)

Vastaava päätoimittaja ja taitto: Marko Punkanen

Toimitussihteeri: Elise Punkanen

s-posti: [marko.punkanen@tanssiterapia.net](mailto:marko.punkanen@tanssiterapia.net)

Toimitusneuvosto: Suomen Tanssiterapiayhdistyksen hallitus

ISSN-L 1799-6910

ISSN 1799-6910

©2016 Suomen Tanssiterapiayhdistys ry

# **EFFORTTI 2016, 10 (1)**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Päätoimittajalta</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Puheenjohtajan palsta</b> <i>(Päivi Pylvänäinen)</i>  | <b>3</b>  |
| <b>Miten huomioida keholliset ulottuvuudet masennuksen hoidossa?<br/>- Tanssi-liiketerapia kehotietoisuutta ja kehollista tunneilmaisua<br/>vahvistavana hoitomuotona</b><br><i>(Marko Punkanen, Päivi Pylvänäinen &amp; Teija Kasteenpohja)</i> | <b>4</b>  |
| <b>Emotions Expressed by Person with Depression and Embodied<br/>by Kinesthetic Empathy of the Observer</b><br><i>(Teija Ravelin &amp; Marko Punkanen)</i>   | <b>13</b> |
| <b>Suomen Tanssiterapiayhdistyksen 15-vuotisjuhlaseminaari<br/>”TLT masennuksen hoidossa”</b> <i>(Laura Koistinen &amp; Kaisa Tilli)</i>   | <b>32</b> |
| <b>Solukirjoitusta soluhengityksestä, alkumerestä ja kuudesta perustavasta<br/>liikkeestä</b><br><i>(Maria Svan, Sofia Laine &amp; Anita Forsblom)</i>   | <b>36</b> |
| <b>Runoja</b> <i>(Marja Cantell)</i>   | <b>39</b> |
| <b>Ajankohtaista</b> <i>(Marko Punkanen)</i>   | <b>40</b> |

# effortti

Suomen  
Tanssiterapiayhdistys r.y



## Päätoimittajalta

Vuosi 2016 alkoi juhlavissa merkeissä, kun yhdistyksemme jäsenistö kokoontui Lahteen juhlimaan Suomen Tanssiterapiayhdistyksen 15-vuotista taivalta. Ylpeänä saatoimme todeta kuinka paljon olemmekaan onnistuneet kehittämään alaamme tänä aikana. Luentojen ja työpajojen anti oli todella tasokasta ja inspiroivaa. Oli myös hienoa tavata lukuisia kolleegoja ja jakaa kokemuksia yhdessä. Tässä lehdessä on myös Laura Koistisen ja Kaisa Tillin kirjoitus juhlaseminaarin annista ja tunnelmista.

Tässä Effortin numerossa julkaisemme kaksi mielenkiintoista uutta artikkelia. Ensimmäinen näistä on Marko Punkasen, Päivi Pylvänäisen ja Teija Kasteenpohjan artikkeli **“Miten huomioida keholliset ulottuvuudet masennuksen hoidossa? - Tanssi-liiketerapia kehotietoisuutta ja kehollista tunneilmaisua vahvistavana hoitomuotona”**. Artikkelin käsittelee tanssi-liiketerapian käyttöä masennuksen hoidossa ja on myös katsaus kansainväliseen ja suomalaiseen tutkimukseen. Masentuneiden liikeilmaisun on todettu poikkeavan ei-masentuneiden liikeilmaisusta, joten kehollisen ulottuvuuden huomioiminen olisi perusteltua masennuksen hoidossa. Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia on myös erittäin kustannustehokas hoitomuoto masennukseen, ja sen käyttö olisi kirjoittajien mielestä mahdollista jo perusterveydenhuollon tasolla myös ennaltaehkäisevässä mielessä.

The second article is **“Emotions Expressed by Person with Depression and Embodied by Kinesthetic Empathy of the Observer”** by Teija Ravelin and Marko Punkanen. The focus of this study was in video observation of one participant’s therapy process through 3 therapy sessions: beginning, middle and closure phases of the therapy.

According to this study the bodily expressed emotions by the person with depression was possible to reach by the kinesthetic empathy of the observer. The person's verbal expressions of the emotions were parallel to the researcher's kinesthetic empathy experiences and the researcher's kinesthetic empathy experiences were parallel to the person's outcome measures concerning decrease of symptoms of depression, anxiety and alexithymia.

Artikkelien lisäksi saamme Laura Koistisen ja Kaisa Tillin kirjoittamia maistiaisia tammikuussa pidetystä yhdistyksen 15-vuotisjuhlaseminaarista. Eino Roiha -instituutin järjestämästä Satu Palokankaan koulutuksesta "Kehitykselliset liikemallit & Somaattinen työskentely" kokemuksellisia välähdyksiä jakavat Maria Svan, Sofia Laine ja Anita Forsblom.

Tutuilla paikoillaan tässäkin Effortissa ovat puheenjohtajan palsta, jossa Päivi Pylvänäinen pohtii kehollista suhdetta kärsimykseen, sekä Ajankohtaista palsta, josta löydät tietoa tulevista 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 kevättä ja tapaamisiin!

M.P

## **Puheenjohtajan palsta**

### **Päivi Pylvänäinen**

Kirjoitan tätä pitkäperjantaina. Harmaa keli, lunta heittelee. Ilmaston muutoksen tutkijat arvioivat, että napajäätiköiden sulamisella voi olla radikaalit vaikutukset ilmastoon: kylmyyttä Eurooppaan, kovempia myrskyjä. Euroopassa kamppaillaan sotaa ja turvattomia elinoloja väistävien ihmisten pakolaisjoukkojen tuomien haasteiden kanssa. Ihmisten tavallisissa arkiympäristöissä on uhkaa ja pelottavuutta, terrorin huoli. Pitkäperjantai on se päivä, jolloin kärsimys on pinnalla. Sille on ollut yksi oma päivänsä jo parituhatta vuotta. Ja monta muutakin päivää.

Mikä on kehon reaktio kärsimyksessä? Taistele, pakene tai jäädy. Kärsimystä on monenlaista, vaimeampaa ja voimakkaampaa, itsen sisältä tulevaa tai ympäristöstä aiheutuvaa, lyhytkestoista tai pitkäkestoista. Mielellä on omat yrityksensä selviytyä sen kanssa, ja keholla omansa, ja nämä vaikuttavat toinen toisiinsa. Stressitilassa, jonka kärsimys aiheuttaa, joustavuus vähenee, havainnointi tulee valikoivammaksi ja kapeammaksi, keho on virittyneenä ponnistelemaan uhasa.

Mitä me yksilöinä ja ihmisyhteisönä voimme löytää toimintavaihtoehtoiksi kärsimyksen äärellä? Riittävätkö voimavarat kysymyksen miettimiseen? Jaksammeko sietää kärsimystä? Mikä auttaa sietämään kärsimystä? Mistä tuoda niitä turvallisuuden säikeitä, jotka alkavat kutoa kannattelevaa verkkoa, jonka avulla luovia tilanteessa eteen päin?

Stressin ja ylivoimaisen stressin aiheuttaman traumatisaation vaikutukset ovat syvästi keholliset. Kokemuksista jää oppimisjäljet kehon reaktioihin ja toimintakaavoihin, hermoston virittymisen tapoihin. Tanssi-liiketerapialla on paljon annettavaa siihen, miten auttaa ihmistä

löytämään turvallisuutta kehossa. Tanssi-liiketerapian ytimessä on tavoite vahvistaa sitä samantyyppistä turvallisuuden kokemusta, mikä sisältyy turvallisiin kiintymyssuhteisiin. Tämä turvallisuuden kehollisen kokemuksen löytyminen on vasta-aine stressille ja kärsimykselle. Jos olemme kokeneet sitä joskus toisen ihmisen kanssa, sen voi osata löytää itsestään yksinkin, mutta aluksi turvallisuutta on voitava kokea toisen kanssa. On tärkeää voida kokea turvallisuutta myös yhteisössä, ryhmässä. Näin meissä säilyy vireänä se ihmisen toinen luontainen toimimisen systeemi: tutkimisen ja leikkimisen sosiaalinen järjestelmä. Voin tutkia ja havainnoida, voin käyttää toimintakykyjäni ja toimia yhteistyössä, tai olla levollisesti rauhassa, läsnäolevana itselleni ja sitä kautta myös nyt hetkelle, levätä. Nämä tulevat todellisiksi meille ei ideoina, vaan kehollisen toimimisen, kokemisen ja olemisen kautta.

Siispä, jos pitkäperjantainakin ottaisimme huomioon, miten tukea kehoa, yksin ja yhdessä toisten kanssa, kokemaan, luomaan ja rakentamaan turvallisuutta ja toimintavaihtoehtoja.

# Miten huomioida keholliset ulottuvuudet masennuksen hoidossa?

- Tanssi-liiketerapia kehotietoisuutta ja kehollista tunneilmaisua vahvistavana hoitomuotona

**Marko Punkanen, Päivi Pylvänäinen & Teija Kasteenpohja**

**Avainsanat:** masennus, kehollisuus, vuorovaikutus, kehonkuva, tanssi-liiketerapia, ryhmäterapia, erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto

## **Ydinasiat:**

1. Tanssi-liiketerapia (TLT) on kehotietoisuuden, liikkeen ja tanssin psykoterapeuttista käyttöä.
2. Tutkimuksen mukaan masennus näyttäytyy spontaanissa liikeilmaisussa.
3. Kehollisen ulottuvuuden huomioiminen masennuksen hoidossa aiempaa paremmin olisi mielekästä.
4. Sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa on saatu positiivisia tuloksia TLT:n käytöstä masennuksen hoidossa, mutta tutkimusten rajoituksena on usein ollut aineistojen pieni koko.
5. TLT-ryhmä on kustannustehokas hoitomuoto masennukseen, ja sen käyttö olisi mahdollista jo perusterveydenhuollon tasolla myös ennaltaehkäisevässä mielessä.

## **Tiivistelmä**

Tanssi-liiketerapia (TLT) on kehotietoisuuden, liikkeen ja tanssin psykoterapeuttista käyttöä, jossa pyritään sensomotorisen, emotionaalisen ja kognitiivisen kokemisen tasojen integraatioon. Masentuneiden liikeilmaisun on todettu

poikkeavan ei-masentuneiden liikeilmaisusta, joten kehollisen ulottuvuuden huomioiminen olisi perusteltua masennuksen hoidossa. TLT:stä tehdyissä kansainvälisissä tutkimuksissa onkin saatu positiivisia tuloksia sen vaikutuksesta masennukseen, joskin tutkimusaineistot ovat usein olleet pieniä. Suomessa Pylvänäisen tekemässä tutkimuksessa todettiin TLT-ryhmäintervention vaikuttaneen myönteisesti masennuksesta kärsivien ryhmäläisten kehonkuvaan ja vähentäneen psyykkistä oireilua. Jyväskylän yliopistossa tehdyssä Tunteet Liikkeessä -pilottitutkimuksessa TLT-ryhmäläisten masennus ja ahdistuneisuus vähenivät tilastollisesti merkitsevällä tavalla intervention myötä. TLT:aa on hyödynnetty Suomessa lähinnä erikoissairaanhoidossa, mutta masennuksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn pyrkiviä ryhmiä olisi mahdollista toteuttaa jo perusterveydenhuollossa.

## **Johdanto**

Kehotietoisuus ja kehon liikkeet ovat oleellisia tunteiden aistimisessa, tunnistamisessa ja ilmaisussa. Tämän vuoksi masennuksen keholliset ulottuvuudet olisikin mielekästä huomioida masennuksen hoidossa aikaisempaa paremmin. Leinosen (2013) tutkimuksessa, jossa kerättiin masennuspotilaiden liikedataa liikekaappausmenetelmällä (motion capture), todettiin, että masennukselle tyypilliset oireet, kuten hitaus, passiivisuus ja sulkeutuneet keholliset asennot heijastuivat myös koehenkilöiden spontaanissa liikeilmaisussa musiikkinäytteisiin, jotka ilmaisivat perustunteita (viha, pelko, suru, ilo ja hellyys). Masentuneiden koehenkilöiden liikeilmaisua oli tilastollisesti merkitsevästi hitaampaa, energiatasoltaan matalampaa, passiivisempaa, ja vähemmän liikettä sisältävää kuin ei-masentuneiden

kontrolliryhmäläisten liikeilmaisuus. (1)  
Tämä linkittyy heidän kehonkuvaansa.

Kehonkuva on käsite, jolla tarkoitetaan monikerroksista kokonaisuutta, johon sisältyy sekä yksilön kokemus omasta kehostaan että sen suhteesta ympäristöön. Kehonkuvassa on kolme aspektia: olemusseikat, kehoitseys ja kehomuisti (2). Olemusseikkoihin sisältyvät mielikuvat ja arvostelmat omaan ulkonäköön ja kehoon liittyen. Kehoitseys viittaa vuorovaikutuksessa olevaan kehoon: kehon sensorisiin, kinesteettisiin ja usein myös emotionaalisiin reaktioihin tilanteissa. Kehoitseys ilmenee nyt-hetkessä kommunikaation ja toiminnan fyysisissä tuntemuksissa, liikkeissä, eleissä, vireystasossa, kehon jännittyneisyydessä ja vapautuneisuudessa. Yhteys kehoitseyteen on oleellinen perusta mielenterveydelle. Kehomuisti on proseduraalista ja implisiittistä, kehollistettua muistamista, joka liittyy tottumuksiin, taitoihin, sosiaaliseen liittymiseen, kärsimiseen ja mielihyvään. Kehomuistoihin liittyy emootioita ja ne rakentavat yksilön narratiivia omasta itsestä ja omasta elämästä.

Tanssi-liiketerapia (TLT) on kehotietoisuuden, liikkeen ja tanssin psykoterapeuttista käyttöä, jossa luovan prosessin kautta mahdollistuu sensomotorisen, emotionaalisen ja kognitiivisen kokemisen tasojen integraatio. TLT:ssa oleellista on kokemus oman kehon ja liikkeen aistimisesta sekä se, miten liike ymmärretään. Tanssi-liiketerapeutti pyrkii lisäämään kokemuksen ymmärrystä yhdessä asiakkaan kanssa kokeilemalla ja käyttämällä liikkeen kautta tapahtuvaa peilaamista, virittäytymistä ja itsetutkiskelua kritisoi-matta ja tuomitsematta. TLT-työskentelyssä kehomuistoihin liittyvät sisällöt nousevat usein esiin hienovaraisella tavalla, kietoutuen kehoitseyteen ja toimintaan nykyhetkessä.

Kehonkuvan aspektit auttavat tunnistamaan ihmisen kokemuksellisuuden ja mielensisältöjen kehollista perustaa ja todellisuutta. TLT tukee kehitystä sallimalla yksilön spontaanisuuden tulla esiin ja luomalla uusia tapoja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. TLT:n perusolettamuksia ovat, että liike ja tanssi ovat kommunikaatiota ja että keho ja mieli vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti. Liike on monitasoista, ja sitä voi ymmärtää myös symbolisesti ja metaforisesti. Liikkeellisen vastavuoroisuuden ja turvallisuuden kautta rakentuu terapeuttinen suhde, joka on tärkeä muutosta mahdollistava tila. Lisäksi taide ja luova ilmaisuus ovat hyvinvointia ja integraatiota edistäviä. Liikkeen ja kehollisuuden ymmärtämykseen sisältyy TLT:ssa myös se, että hahmotetaan implisiittisen ja eksplisiittisen muistin, tunteiden kehollisen tunnistamisen, vuorovaikutuksessa olemisen tavan ja havaintoprosessien muodostavan olennaisen osan yksilön itseyttä, joka vaikuttaa hänen tapaansa käsitellä ja ymmärtää ympäristöä ja itseään.

TLT interventioissa yhdistyvät somaattiset, emotionaaliset ja kognitiiviset havaintoprosessit. TLT tarjoaa kehollisuuden ja liikkeen tutkimisen kautta monia, hienosyisiä mahdollisuuksia tunnetietoisuuden lisäämiseen ja tunteiden säätelyn kehittämiseen. Kehon tuntemusten ja liikereaktioiden havainnoiminen on suora väylä implisiittisen kehomuistin sisältöjen tutkimiseen. Kyky tunnesäätelyyn on kehoon perustuvaa. TLT:ssa käytettävät menetelmät vaihtelevat asiakkaan yksilöllisten tarpeiden, kuntoutuksen tavoitteiden sekä terapeutin soveltamien työskentelytapojen mukaan. Keskeisiä TLT:n menetelmiä ovat kehotietoisuustyöskentely, liikeimprovisaatio, tanssin eri tyyli-suuntien ja liikelaatujen hyödyntäminen, rentoutus-, kehonhahmotus- ja mielikuvaharjoitukset sekä liikekokemusten



kuvaaminen sanallisesti tai kuvan avulla, jotta liikekokemuksen integraatio vahvistuu.

### **Kansainvälisistä tutkimuksista suotuisia tuloksia, mutta pienillä aineistoilla**

Kansainvälinen tieteellinen tutkimus tanssi-liiketerapiasta (TLT) on lisääntynyt viime vuosikymmeninä (3, 4). Uusimmassa aiheesta tehdyssä meta-analyysissä analysoitiin 23 vuosina 1990 - 2013 toteutettua alkuperäistutkimusta (N=1078), joiden tulokset viittasivat siihen, että TLT ja tanssi ovat tehokkaita parantamaan elämänlaatua ja vähentämään kliinisiä oireita kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Positiivisia vaikutuksia ilmeni myös subjektiivisessa hyvinvoinnissa, mielialassa ja kehonkuvassa. (5)

Xionigin työryhmä totesi masentuneiden aikuisten aineistolla (N=76), että tanssiterapiaryhmäläisten pystyvyyden tunne intervention jälkeen oli paljon korkeampi kuin vertailuryhmäläisten, ja ero oli tilastollisesti merkitsevä. Tutkijat päättelivät, että tanssiterapia voi edistää masentuneiden henkilöiden pystyvyyden tunnetta ja siten toimia varsin hyvin varhaisena kuntoutusmuotona. (6)

Jeongin tutkimusryhmä tutki lievästä masennuksesta kärsiviä, keski-ikältään 16-vuotiaita naisopiskelijoita, jotka jaettiin satunnaisesti tanssiterapiaryhmään (N=20) ja vertailuryhmään (N=20). Tutkimusryhmä osallistui 12 viikon ajan kolmasti viikossa toteutettuun tanssi-liiketerapiaan. TLT-ryhmässä tapahtui tilastollisesti merkitsevää vähentymistä psykiatrisessa oireilussa (SCL-90-R). Lisäksi TLT-ryhmäläisillä todettiin plasman serotoniini-pitoisuuden nousua ja dopamiini-pitoisuuden laskua intervention jälkeen. Tutkimusryhmä arvioi, että tanssiterapia saattaa tasapainottaa

sympaattista hermojärjestelmää ja olla siten tehokasta muuttamaan serotoniini- ja dopamiinipitoisuuksia ja vähentämään lievää masennuksesta kärsivien nuorten ahdistusta (7).

Röhrichin ryhmän työ tutki kehopsykoterapian vaikutuksia krooniseen masennukseen (oireilua >2 vuotta,  $\geq 20$  pistettä Hamiltonin (HAMD) masennusasteikolla). Tutkimushenkilöt oli satunnaistettu kehoterapiaryhmään (N=11) ja odotusryhmään (N=12), joka osallistui samaan hoitoon myöhemmin. Kokeneen tanssiterapeutin johtama ja valvoma terapiainterventio toteutettiin normaalin hoidon lisänä pienryhmissä 20 kerralla 10 viikon aikana. Hoidon jälkeen kehoterapiaryhmään osallistuneilla oli tilastollisesti merkitsevästi alemmat masennusoireipisteet kuin vertailuryhmällä (keskimääräinen ero 8.74, 95% CI 0.71-16.76). Johtopäätöksenä oli, että kehoterapia voi olla tehokas hoitovaihtoehto kroonisesti masentuneille henkilöille. (8)

Ainoastaan nämä tutkimukset täyttivät Cochrane-katsauksen kriteerit tarkasteltaessa TLT:n vaikutusta masennukseen. Tutkijat totesivatkin, että kolmen pienen tutkimuksen perusteella ei voida tehdä varmoja johtopäätöksiä tanssiliiketerapian tehosta masennuksen hoidossa. (9) Taideterapioiden luovuutta ja subjektiivisuutta painottavasta luonteesta johtuen useimmat TLT: aa koskevat tutkimukset ovat keskittyneet laadullisiin kuvauksiin ja tapausselostuksiin, joiden näytön aste on matala (10-12). Tutkimusaineistot ovat usein olleet varsin pieniä.

## **Tunteet Liikkeessä - tutkimushanke**

Monitieteisen musiikin tutkimuksen huippuyksikössä, Jyväskylän yliopistossa toteutetussa Tunteet Liikkeessä (TuLi) tutkimuksessa (13) selvitettiin lyhytkestoisen, ryhmämuotoisen TLT- intervention vaikutuksia masennuspotilaiden hoitomuotona. Tässä pilottitutkimuksessa tutkimuskysymys oli, voidaanko TLT-interventiolla vähentää koehenkilöiden masennus- ja ahdistusoireita sekä kehittää tunteiden tunnistamiseen liittyviä taitoja. Masentuneet koehenkilöt (N=21, iältään 18-60-vuotiaita) osallistuivat TLT-ryhmään, joka kymmenen viikon aikana työskenteli 20 x 60 min. Ryhmiä ohjasivat koulutetut tanssi-liiketerapeutit. Masennukseen ja ahdistukseen liittyvät mittaukset tehtiin ennen interventiota ja sen jälkeen. Koehenkilöistä kolmella oli lievä masennus (14.3%), viidellätoista keskivaikea masennus (71.4%) ja kolmella vakava masennus (14.3%).

Masennusta arvioitiin Beckin depressiokyselyllä (BDI) (14). Ennen interventiota ryhmän keskiarvo BDI:llä mitattuna oli 21.67 ja intervention jälkeen 10.50. Muutos masennuspisteissä oli tilastollisesti merkitsevä;  $t(17)=10.40$ ,  $p<.001$ . Huomioitavaa on myös se, että masennuspisteissä tapahtui laskua kaikilla koehenkilöillä. Ahdistusta mitattiin Hospital Anxiety and Depression Scale -kyselyn ahdistusosiolla (HADS-A) (15). Myös ahdistuksen osalta muutos ennen (M=10.5, SD=4.22) ja jälkeen (M=8.11, SD=4.34) mittauksissa oli tilastollisesti merkitsevä;  $t(14)=2.27$ ,  $p=.04$ . Tunteiden tunnistamisen osalta (TAS, DIF) muutokset olivat myös positiivisia;  $t(16)=2.36$ ,  $p=.03$ . Tutkimus oli pilottitutkimus, jonka puutteina oli kontrolliryhmän puute, koehenkilöiden pieni määrä ja seurantamittauksen puuttuminen. Jatkotutkimuksien tulee pyrkiä olemaan vahvempia näiltä osin.

## **Masennuksen hoito ryhmämuotoisella tanssi-liiketerapialla psykiatrisessa avohoidossa**

Psykiatristen avohoitopotilaiden hoidossa motivoivuus ja hoitovaihtoehtojen tarjoaminen on tärkeää. TLT tarjoaa vuorovaikutukseen perustuvan, toiminnallisen ja liikkeellisen vaihtoehdon itseyteen, mielialaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvien kysymysten käsittelyyn.

TLT- ryhmän alkaessa on mahdollista tunnistaa ryhmäläisten tarpeita ryhmään tullessa. Pylvänäisen (2010) aineistossa (n = 33, viisi ryhmää, 10 x 90 min) potilaat toivoivat voivansa kokea turvallista vuorovaikutusta ja ryhmään kuuluvuutta. He tunsivat halua jakaa ajatuksiaan ja liikkeellisiä kokemuksiaan. He toivoivat leikillisyyttä sekä mielen ja kehon yhdistämistä työskentelyssä. He olivat motivoituneita oppimaan kehon havainnointitaitoja ja rentoutuneisuutta myös toisten läsnä ollessa, selviytymiskeinoja kivun kanssa sekä tapoja helpottaa ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä kehossa. Ryhmäläiset toivoivat mahdollisuutta löytää mielenrauhaa, oppivansa tunteiden ilmaisua ja myös oman sukupuolen positiivista kokemista. (16)

Ryhmiä työskentelyn edetessä vastaan tulee näiden masennuksesta, ahdistuksesta ja kipuongelmista kärsivien potilaiden kokemusmaailman ongelmia. Niissä on vahva kehollinen elementti: kehoon ja liikkumiseen liittyy paljon epämukavuutta ja tukaluutta kuten väsyneisyyttä, energian puutetta, ahdistusta, emotionaalista ja fyysistä kipua, kokemus toiminnan vaikeudesta vuorovaikutuksessa ja ryhmässä, vaativuutta, sekä vihan ja syyllisyyden tunteita. Usein esiin tulee muistoja oman elämän aikana koetuista vaikeista ihmissuhteista sekä negatiivisesta ja kriittisestä käsityksestä itseä kohtaan.

TLT-ryhmässä rakennettu turvallisuus luosellaisen tilan, jossa näitä kysymyksiä on mahdollista tutkia vuorovaikutuksessa liikkeellisesti ja keskustellen.

TLT-ryhmien työskentelyssä ja potilaan kehosuhteessa kaksi ydinkysymystä ovat turvallisuus ja herkkyyks. Työskentelyssä kohdataan turvallisuuden ja turvattomuuden tunteet; kuinka yksilö on oppinut ne kokemaan omassa kehossaan ja millaisia mahdollisuuksia hänellä on niiden säätelyyn. Herkkyyks liittyy toisaalta oman kehon luontaisen herkkyyden hyväksymiseen, toisaalta kykyyn käsitellä tietoisesti kehon tuottamaa informaatiota, siis aistimuksia ja kinesteettisiä impulsseja. Pylvänäinen (2012) tutki kehonkuvaan liittyen kehomuistin sisältöjä TLT-ryhmän yhteydessä (17). TLT-ryhmässä kehomuistiin liittyvää materiaalia oli mahdollista tutkia liikemuotojen kautta (esim. lapsuudesta tuttu liike, kuten kieriminen), liikelaatujen kautta (esim. liikkeen nopeus selviytymiskeinona) sekä vuorovaikutuksellisten reaktioiden kautta (esim. liikkeellinen muisto siitä, kuinka oman nopeuden säateleminen oli keino mukautua toisen toimintaan tai odotuksiin).

Vuosien 2011-2013 aikana Pylvänäinen tutki TLT:n vaikuttavuutta masennuspotilaiden hoidossa avomielenterveyspalveluissa. Aineistoon saatiin erikoissairaanhoidon potilaita (N=21), jotka osallistuivat 12 kerran TLT-ryhmään, joka kokoontui viikoittain 90 min. Ennen intervention alkua ja sen jälkeen tehtiin kehonkuvakysely (Taulukko 1). TLT-ryhmäintervention myötä kehonkuva muuttui myönteisemmäksi: potilaat kokivat aistivansa kehonsa paremmin ja sietävänsä kehon tunteuksia enemmän, jolloin kehoon asettuminen tuli myönteisemmäksi ja kokemuksellisuus alkoi tuntua merkityksellisemmältä kuin ennen ryhmään osallistumista. Tämä mahdollisti joustavamman suhteen itseen ja ympäristöön, mikä vaikutti myös mielialaan. Myönteinen

muutos näkyi ennen ja jälkeen TLT-intervention tehtyjen kehonkuvakyselyiden piste-eroissa tilastollisesti merkitsevänä ja muutoksen efektikoko oli suuri (N=18, d = 0.91). (18) Rosenström (2013) havaitsi masennuksen väestötutkimuksessa, että tyytymättömyys kehonkuvaan oli hyvin pysyvä piirre kroonisessa dysforiassa (19). Pylvänäisen tutkimus kuitenkin osoitti, että erikoissairaanhoidossa olevien masennuspotilaiden kehonkuvaan oli mahdollista tuottaa tuntuvaa muutosta lyhyellä TLT-interventiolla, jossa työskentelymenetelmä suoraan sisälsi liikkeellistä ja kehoa huomioivaa vuorovaikutusta (18).

Samojen potilaiden (N=21) psyykkistä oireilua kartoitettiin itsearviointilomakkeilla (BDI-II, HADS, SCL-90, CORE-OM) ennen ja jälkeen TLT-intervention sekä seurantamittauksella kolme kuukautta intervention jälkeen. Vastaavat mittauskerrat (ennen ja jälkeen intervention sekä seurantamittaus 3 kk intervention jälkeen) toteutettiin myös masennuspotilaista kootulle kontrolliryhmälle (N=12), joka sai ajanjakson aikana Käypä hoito -suosituksen mukaista hoitoa psykiatrian poliklinikalla. Näillä mittareilla mitattuna TLT-intervention tulokset olivat suotuisia masennuspotilaiden hoidossa. Oiremittareiden pisteiden keskiarvot laskivat, ja efektikoot olivat keskitasoiset vertaillaessa TLT-ryhmään osallistuneita potilaita kontrolliryhmään kuuluneisiin potilaisiin (d = 0.60- 0.79). TLT-ryhmään osallistuneiden potilaiden efektikoot olivat seurantamittauksen ajankohdassa vaihteluvälillä 0.62-0.82, kun ne kontrolliryhmän potilailla vaihtelivat tasolla d = 0.15-0.37. Tutkimusaineistossa tuli esiin, että erityisen hyvin TLT:sta hyötyivät ne potilaat, joilla ei ollut mielialalääkitystä masennukseensa. Aineisto oli kuitenkin pieni, ja lääkityksen vaikutuksen täsmällisempi selvittäminen vaatii lisää tutkimusta. (20).

Tässä aineistossa potilaista 63% arvioi, että TLT-ryhmä oli selkeästi vaikuttanut suotuisasti heidän vointiinsa. Myönteisenä muutoksena he tunnustivat univaikeuksien vähentymisen, myönteisemmän suhteen omaan kehoon, ahdistuneisuuden vähentymisen tai loppumisen, vähentyneen jännittyneisyyden ja kohentuneen aktiivisuuden. He kokivat olonsa aiempaa turvallisemmaksi. Oman tilan tunnistaminen oli kehittynyt: he olivat oppineet havainnoimaan ja ymmärtämään fyysisen kokemustason vaikutusta omaan olotilaansa. Luottamus omaan kehoon ja oman toiminnan säätelyyn kehotuntemusten perusteella oli vahvistunut. Vuorovaikutus toisten kanssa oli muuttunut suotuisasti: potilaat olivat havainneet, että uskaltavat hakeutua sosiaaliseen kontaktiin aiempaa joustavammin ja sietävät sitä paremmin. Ryhmässä saatu positiivinen vertaistuki koettiin myönteisenä voimavarana. (18)

### **Lopuksi**

TLT näyttää hyödyttävän mies- ja naispuolisia potilaita yhtä lailla, mutta naiset ovat olleet selvästi enemmistönä terapiaryhmissä. Ryhmämuotoinen TLT on kustannustehokas hoitomuoto, eikä se yksilöterapiakaan ole kuntoutuspsykoterapiaa kalliimpaa. Julkisen sektorin psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalvelujen potilasaineistossa on ollut havaittavissa ilmiö, että potilaat kokevat tarvitsevansa masennukseensa hoitoa vielä kuntoutuspsykoterapian jälkeenkin. Tällöin tarpeena useimmiten on päästä integroimaan omat tunteet ja ajatukset omaan kehollisuuteen (toiminta- ja käyttäytymismallit ja muu kehollinen itseilmaisu). Toisinaan TLT-interventio on yhdistetty samanaikaisesti toteutettuun kuntoutuspsykoterapiaan, mikä on tehostanut hoidon vaikuttavuutta. Tässä on kuitenkin tärkeää huomioida potilaan voimavarat terapiaprosessien vaatimaan psyykkiseen työskentelyyn.

Tanssi-liiketerapiassa on mahdollista kiinnostua mielialasta myös positiivisten mielenterveyteen ja hyvinvointiin liittyvien kysymysten kautta: kysymyksiä siitä, kuinka kehostaan huolehtii, miten kehoaan kuuntelee, miten liikkua mielihyvää tuovalla tavalla, tai mitä sisältöjä kehonkuvastaan tunnistaa. Nämä kysymykset aktivoivat hakemaan yhteyksiä oman kokemusmaailman sisällä ja suhteessa ympäristöön. Tällainen työskentely voi olla rakentavampaa ja omaa toimijuutta tukevampaa kuin ongelma- ja oirekeskeinen lähestymistapa mielialaan. Tietääksemme TLT:aa on hyödynnetty masennuksen hoidossa julkisen terveydenhuollon piirissä ainoastaan erikoissairaanhoidossa (21). TLT:n keinoin olisi kuitenkin toteutettavissa mielekkäitä ja motivoivia masennuksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn tähtääviä ryhmiä jo perusterveydenhuollossa. Masennus vaikuttaa merkittävästi kokemukseemme kehostamme ja kykyymme ilmaista itseämme kehollisesti. Tämän huomioiminen olisi tärkeää masennuksen hoidossa ja TLT hoitomuotona näyttäisi mahdollistavan sen luontevalla tavalla.

Taulukko 1: Kehonkuvakysely

|  |  |   |
|--|--|---|
| Kysymys  | Kehon kuvan aspekti, johon kysymys liittyy | Masentuneen kehonkuvan ominaispiirteitä ennen interventiota                             |
| A. Millaisena koet kehosi olemuksen?   | olemusseikat                               | kehonkuvan pirstaloituneisuus, omaan kokemukseen ei kiinnitetä huomiota, se sivuutetaan |
| B. Millaista sinun on toimia fyysisesti  | kehoitseys                                 | vähänenergisyyttä, vaikeus löytää suuntaa   |
| C. Miten kehossasi tyypillisesti koet sen, kun olet arkisissa vuorovaikutustilanteissa toisten kanssa?   | kehoitseys                                 | ympäristö tuntuu haasteelliselta ja uhkaavalta  |
| D. Millaisena koet kehosi perustunnelman, kun olet itsekseesi?   | kehoitseys                                 | vaikea levätä ja rauhoittua   |
| E. Onko sinulla kehollisia muistoja tilanteista, joissa olet kärsinyt tai sinun on ollut vaikea olla? Kertoisitko esimerkin sellaisesta muistosta? | kehomuisti                                 | emotionaalinen etäisyys, kohtaamattomuus, kärsiminen                                    |
| F. Onko sinulla kehollisia muistoja tilanteista, joissa sinun on ollut hyvä olla ja olet nauttinut? Kertoisitko esimerkin sellaisesta muistosta?   | kehomuisti                                 | toimintaa, vuorovaikutusta toisen kanssa, aistimuksellisuutta                           |
| G. Mikä sinulle on kehossasi tärkeää?  |  | terveys, tasapaino, ystävällinen asenne kehoa kohtaan                                   |

© Pylvänäinen 2010

## Kirjallisuus

1. Leinonen O. Liikeanalyysi masentuneiden ja ei-masentuneiden musiikista havaitsemien perustunteiden ilmaisusta liikkeessä. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto 2013.
2. Pylvänäinen P. Body image: A tri-partite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy* 2003; 25: 39-56.
3. Meekums B. Moving towards evidence for dance movement therapy: Robin Hood in dialogue with the King. *The Arts in Psychotherapy* 2010; 37:35-41.
4. Mala A, Karkou V, Meekums B. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: A scoping review. *The Arts in Psychotherapy* 2012; 39:287-95.
5. Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy* 2014; 41:46-64.
6. Xiong L, Li M, Li Q. Influence of dance therapy on self-efficacy and rehabilitation of patients with depression. *Chinese Nurs Res* 2009; 23:3138-3139 2p.
7. Young-Ja J, Sung-Chan H, Myeong SL, ym. Dance Movement Therapy Improves Emotional Responses and Modulates Neurohormones in Adolescents with Mild Depression. *Int J Neurosci* 2005; 115:1711-20.
8. Röhricht F, Papadopoulos N, Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *J Affect Disord* 2013; 151:85-91.
9. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015; 2.
10. Hervey LW. Encouraging research in dance/movement therapy. Kirjassa: Chaiklin S. WH, toim. *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group 2009, s. 317-29.
11. Junge MB, Linesch D. Our own voices: New paradigms for art therapy research. *The Arts in Psychotherapy* 1993;20:61-7.
12. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, ym. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh ym: Churchill Livingstone 2000.
13. Punkanen M, Saarikallio S, Luck, G. Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 2014;41:493-7.
14. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
16. Pylvänäinen P. The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2010;5(3), 219-230.
17. Pylvänäinen P. Body memory as a part of the body image. Kirjassa: Koch SC, Fuchs T, Summa M and Müller C, toim. *Body Memory, Metaphor and Movement. Advances in Consciousness Research* 84. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company 2012, s. 289-306.
18. Pylvänäinen P. (Hyväksytty julkaistavaksi/painossa). A dance/movement therapy group producing change in the body image for depressed adult outpatients in a psychiatric clinic.
19. Rosenström T, Jokela M, Hintsanen M, ym. Body-image dissatisfaction is strongly associated with chronic dysphoria. *J Affect Disord* 2013;150(2),253-260. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.003>
20. Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Front Psychol* 2015;6:980. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00980.
21. Pylvänäinen P. Tanssi-liiketerapia. Kirjassa: Huttunen, M & Kalska, H, toim. *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim 2015, s. 354-359.

*Kirjoittajat:*

**Marko Punkanen**, FT, psykoterapeutti VET,  
tanssi-liiketerapeutti, terapiakeskus Nyanssi

**Päivi Pylvänäinen**, psykologi, tanssi-  
liiketerapeutti, Tampereen kaupungin  
mielenterveys- ja päihdepalvelujen yksikkö

**Teija Kasteenpohja**, LL, psykiatrian  
erikoislääkäri, tanssi-liiketerapian opiskelija

Helsingin yliopisto, Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos

# Emotions Expressed by Person with Depression and Embodied by Kinesthetic Empathy of the Observer

Teija Ravelin & Marko Punkanen

## Abstract

Depression is a common illness worldwide and the incapacity related to depression is both physical and psychological. Depression affects person's emotional experiences and emotions are body based. Dance-Movement therapy offers the possibility to engage the body, emotions and sensorial processes simultaneously.

The aim of this study was to describe and evaluate the emotional expression of the person with depression during the group form Dance/Movement Therapy (DMT). Research material of this study consists of the selected video material collected in the larger research project called "Emotions in Motion" in the University of Jyväskylä. The focus of this study was in video observation of one participant's therapy process through 3 therapy sessions: beginning, middle and closure phases of the therapy.

Data collection methods were observation by using the researcher's kinesthetic empathy experiences, analysis of the participant's verbal emotional expressions and outcome measures concerning the symptoms of depression anxiety and alexithymia. Data analysis method was inductive content analysis.

According to this study the bodily expressed emotions by the person with

depression was possible to reach by the kinesthetic empathy of the observer. The person's verbal expressions of the emotions were parallel to the researcher's kinesthetic empathy experiences and the researcher's kinesthetic empathy experiences were parallel to the person's outcome measures concerning decrease of symptoms of depression, anxiety and alexithymia. Kinesthetic empathy of the researcher is possible observation method in the DMT research.

## Keywords

Kinesthetic empathy, depression, Dance/Movement therapy, emotions

## Introduction

### *The development of emotions*

A human being's consciousness's development stage is the most advanced level, if we are thinking about the evolutionary development of the living creatures. This consciousness has a strong body base: the brain system has developed during different developmental stages to the current stage of a consciousness. Because of a brain-based consciousness, the human being experiences the reality of the world ultimately by his body (Lehtonen, 2011). According to Lehtonen (2010) the advantage of the broad conception of the consciousness is that the primitive, body based and nonverbal consciousness phenomenon can be included as a part of the same wholeness as more developed consciousness abilities and verbal interaction.

Human being's emotional development is connected to the development of the brain, especially the development of right brain, right hemisphere. The infant uses in his or her earliest proto-attachment experiences her maturing motor and developing sensory capacities, especially smell, taste, and touch, to interact with the social environment.



The engagement of mother and infant is intuitive and subconscious facial, vocal and gestural preverbal communication. These highly arousing, affect-laden face-to-face interactions allow the child to be exposed to high levels of social and cognitive information. The development of the infant's brain occurs in the early interaction between the mother and the infant, in the brain-to-brain communication. For the rest of the life span the right hemisphere, which is imprinted and organized by early relational experiences, is dominant for the subconscious reception, expression and communication of emotions. These are essential functions concerning co-creating and maintaining social and especially intimate relationships. Trust, empathy and moral development are connected also to this development process. Right hemisphere is specialized for generating person's self-regulation, self-awareness and self-recognition and for the processing of self-related material (Schore, 2012).

According to LeDoux (1996), the ability to feel emotions depends on the person's capacity of the self-awareness and the relationship between the self and the world. Damasio (2003) has classified the consciousness's organization levels during the brain evolution according to the homeostatic emotional factors. That emotional level which is consciously perceived is the highest evolutionary level of the emotions. According to Damasio, the lower levels of emotions are included to the higher levels. The most primitive and body state based consciousness state is the background feeling of the consciousness and undertone of the existence. The primary forms of the emotions occurs as basic emotions (fear, hate, disgust, surprise, happiness). Emotions represent affect and need tensions, which charge human being to act and behave in a certain way. In the highest

consciousness level emotions are felt as feelings. Feelings can be verbalized (Damasio, 2003). According to Lehtonen (2011), the cognitive capacity of the human being is based on the primitive levels, and the true, alive mind is connected strongly to the reciprocity with the outside world around the human being.

Memory is important for the coherency of the self. Implicit memory develops first and it is non-verbal and body based form of memory. It is holistic and non-differentiated. The sensations related to the implicit memory are beyond reach of the consciousness and words. They are felt, sensed and they exist in the bottom of our all experiences. Explicit memory is developed later and it makes it possible to recall and verbalize our memories (Homann, 2010).

Embodied cognition and embodied memory mean neural circuit's attunement to the constant interactive contact with the outside world. Activation of the sensorimotor and bodily functions while recalling, gives the memory wider setting. Embodied recalling may be helpful in psychotherapy when processing conflicts and trauma situations (Lehtonen, 2011).

### *Emotions and the body*

According to Sheets-Johnstone (2010) the movement is at the core of life. She talks about meaningful movement, and that moving is consonant with human beings' emotions. In dance/movement therapy the basic assumption is that body and emotion are intertwined. The view of the mind-body connection has been recognized lately inside the different sciences, especially neurosciences and social psychology (Winters, 2008).

As early described, from the evolutionary point of view, emotions are strongly body based (Lehtonen, 2011), according to Darwin (1872/1965) there is intimate connection between movement and emotion (Sheets-Johnstone, 2010) and it is also suggested by recent study that different emotions are felt in the different parts of the body (Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2013). For example most of the basic emotions (anger, fear, disgust, happiness, sadness, surprise) were associated with sensations in the upper chest area, breathing and heart rate. All emotions were sensed in the head area. There might be strong physiological changes involved to these sensations, like facial musculature activation (Nummenmaa et al., 2013). Different emotions also move the body in different ways (Sheets-Johnstone, 2010).

#### *Depression, emotions and body movement*

According to WHO (2012) "Depression is a common illness worldwide, with an estimated 350 million people affected. Depression is different from usual mood fluctuations and short-lived emotional responses to challenges in everyday life. Especially when long-lasting and with moderate or severe intensity, depression may become a serious health condition. It can cause the affected person to suffer greatly and function poorly at work, at school and in the family. At its worst, depression can lead to suicide. Suicide results in an estimated 1 million deaths every year."

In the unipolar depression the typical symptoms are "depressive episodes, the person experiences depressed mood, loss of interest and enjoyment, and reduced energy leading to diminished activity for at least two weeks. Many people with depression also suffer from anxiety symptoms, disturbed sleep and appetite and may have feelings of guilt or low self-worth, poor concentration and even

medically unexplained symptoms." (WHO, 2012).

In psychoanalytic point of view depression has been seen as a difficulty to process a loss (Tähkä, 2010). The object of the loss can be a person, or phenomenon in life experience. There is a lack of grief concerning the loss. Grieving has not been possible for the person (Tähkä, 2010; Impiö, 2013). According to this thinking depression is non-grieved and non-processed sorrow (Freud, 2005). Instead of grieving, person with depression is incapacitated and feels his or her self-worth lowered, while grieving person feels that the world is beggared because of his or her loss. Depressed person may feel that he or she is empty of feelings, losing his or her capacity to love. Understanding and compassionate attitude towards him or her self is not possible. Attitude is hard, accusing and malicious (Impiö, 2013).

The incapacity related to depression is physical and psychological. Experiencing pleasure has weakened and can even disappear. Things that earlier brought joy and satisfaction may feel insignificant and relationships may be experienced stressful. Person can experience to be nonhuman because of the loss of the capacity of love and empathy (Myllärniemi, 2011).

From the movement aspect depression has been seen, via using Laban movement analysis method, showed heaviness for example with some directional movement, neutral weight, flow, and time (Winters, 2008). And as self-reported embodied emotion depression did not evoke any sensations (Nummenmaa et al., 2013).

In Leinonen's study (2013) the typical symptoms of depression, such as slowness, passiveness and closed postures, have also been seen in the bodily expressions of emotions. Persons with depression moved also less in the space and produced less movements than non-depressed persons. The groups (depressed and non-depressed persons) differed especially in expressions of anger, happiness and fear, which in both groups were expressed through faster, more accelerated movements and higher amount of movements compared to expressions of sadness and tenderness.

### *Emotions, Dance/Movement therapy and depression*

According to Schore (2012) the change accomplished by psychotherapy is possible to define as an integration of the cognitive and affective processes. This change arises in the therapeutic sessions, and via deep and long-term change it is possible to have broader changes to the life.

In dance/movement therapy (DMT) the body, emotions and sensorial processes are engaged simultaneously (Homann, 2010). Body and body movements act like tools concerning sensations, emotions, thoughts and interaction (Koch & Fischman, 2011).

Movement impacts psychological functioning because engaging the body engages the right brain, and offers in-the-moment experiences, which activate memory, emotion, and sensory processes. Right brain states such as imagination can be engaged by introducing imaginary and metaphor during movement. Person can explore different emotions and movements through the body. She or he becomes aware of the options in situations (Homann, 2010).

Movement offers a multilevel opportunity to use the body and mind as a resource in emotion regulation and achieving improved emotional competency in relationships. Moving together relates a powerful relational experience and often simulates a deep subjective feeling of connection. This experience may decrease the experience of emotional isolation (Homann, 2010).

Koch, Kunz, Lyko, and Cruz (2013) evaluated in their meta-analysis the effectiveness of the DMT in psychological health problems. According to this analysis D/MT decreases clinical symptoms of depression and anxiety and increases the well-being, body image and mood.

Meekums, Karkou, and Nelson (2012) are conducting their systematic review concerning the DMT's effectiveness in the treatment of persons with depression. They will compare DMT to the other psychological treatments, body based therapies and medical treatment. They will compare also different kind of DMT methods. According to them different DMT researches indicate the effectiveness of DMT in the treatment of persons with depression.

### **Aims**

The aim of this study is to describe and evaluate the emotional expression of the person with depression during the group form DMT.

### Research questions:

1. What kind of emotional expression the person with depression has during bodily interventions (dance-movement improvisations, body awareness exercises) and how does her verbal expression of emotions relate to these observations

2. What kind of changes there is in her emotional expression during the group process

3. How does the researcher's kinesthetic empathy experiences relates to the person's outcome measures

4. What kind of observation method is the use of kinesthetic empathy of the researcher

## **Research material**

Research material of this study consists of the selected video material collected in the larger research project called "Emotions in Motion" in the University of Jyväskylä. The aim of the whole research project was to find out how depression appears in the participants' ability to express, communicate and regulate their emotions by movement and music. The aim was also to test out how the short-term, group form DMT intervention that uses musical elements could strengthen these abilities among participants with depression. The main research question was "Can short-term, group form DMT reduce the symptoms of depression (Punkanen, Saarikallio, & Luck 2014). This research was approved by the ethical board of the Central Finland Health Care District.

## **Methods**

### *Description of the intervention*

The intervention was short-term, group form DMT, which was realized twice a week for ten weeks. In total, there were 20 sessions each lasting 60 minutes. There were four therapy groups from participants, and these groups were held concurrently. The average number of participants in each group was 5. Two dance movement therapists (both female) took part in the study. They had professional training in dance movement therapy and in solution-focused psychotherapy and, extensive

clinical experience in the field of DMT. They each ran two therapy groups (20 sessions per group) in this study. Therapists were not researchers in the study, which made their role much clearer both for themselves and for the participants (Punkanen et al., 2014).

The theoretical framework was based on a solution-focused and resource-based approach. This is based on the socio-constructive view in which client is seen as his or her own life's subject and specialist. The therapist's job is to help the client to find his or her resources and unique way to find solutions. In group form DMT, participants are able to receive peer support and learn new skills from other group members. In the DMT context, a person is seen as a whole with different levels of experience, including thoughts, emotions, sensations and motor behavior.

The main DMT methods in this study were dance-movement improvisations, body awareness exercises, and reflection through drawing/painting, writing and verbalizing. Each therapy session was structured through three phases; warm-up, thematic work, closure. The group techniques employed were space orientation and body awareness, interaction in pairs, and interaction in whole group (Punkanen et al., 2014).

Themes of the therapy process were mainly chosen beforehand based on previous clinical experiences with this client group. Additionally, the participants' personal themes and aims were included in the therapy process. Some examples of the themes were exploration of boundaries, somatic resources (core and periphery of the body), symbols, pleasant and unpleasant emotions, mindfulness and body awareness, enriched movement experiences, safety and touch. Each therapy session began with brief verbal discussion about the theme of the session.

Participants choose an art-picture related to the theme and reflected their choice verbally. Then followed the thematic work through body and dance-movement. For example, when working with boundaries, participants explored the theme through movement exercises where they learn to trust their felt sense experience about the right distance between themselves and other person. That meant that they learnt to pay more attention to their bodily sensations and autonomic nervous system reactions when approached by another. Through the bodily exercises participants were able to really sense and become aware of where their safe boundaries were with each group member. Another example from thematic dance-movement work can be given from the theme unpleasant emotions. Participants were able to try out and learn safe enough ways to express their anger through spontaneous and improvised dance-movement supported by therapist, music and other group members. Each session ended with verbal reflection and group movement (e.g., Chase movement circle). Sometimes drawing/painting was also used to transform movement experiences before verbal discussion. Music and different kinds of props (fabrics, scarves, balls, balloons, etc.) were used in each session to support participants' thematic work (Punkanen et al., 2014).

### *Outcome measures*

The primary outcome measure of the study was the Beck Depression Inventory (BDI). It consists of 21 items and the total score can vary from 0 to 63. The BDI has high joint reliability, its sensitivity to change has been shown in previous studies, and its predictive validity for major depressive disorder has been demonstrated (Beck, Steer, & Carbin, 1988). The secondary outcome measures administered were the anxiety part of the

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) (Zigmond & Snaith, 1983), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985) for evaluating alexithymia. Alexithymia was considered in this study because it has been strongly associated in earlier studies with depression (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000). All measurements were taken before and after the D/MT intervention.

### *Description of the participant*

The focus of this study is in video observation of one participant's therapy process through 3 therapy sessions: beginning, middle and closure phases of the therapy. The participant was 49 years old woman called Sara who has been depressed for seven years. Sara has had antidepressant medication for whole that time but she hasn't benefit much about that. She didn't have any background of dance/movement or music as a hobby. She didn't participate in other therapies during the research period. In a pre measurement her BDI score was 18, which means moderate depression. Sara's HADS score was 13, which means moderate anxiety and TAS-20 score was 62, which means that she has an alexithymia.

### **Data collection**

#### *Observation*

Video observation was conducted according to the research questions. Emotions can be divided as a psychological phenomenon to the experiential, physiological and expressive components. Via expressive component of the emotions it is possible to express emotions to the others by postures, gestures, movements and facial expressions. Experiential component of emotions realizes via verbal expression (Näätänen, Ryyänen, Räikkönen, Ravaja, & Keltikangas-Järvinen, 1995).

The researcher used her kinesthetic empathy during the observation of the expressive component of the emotions expressed by Sara. Emotions' experiential component was used by observing Sara's verbal expression of emotions.

The observation was conducted session by session. The researcher observed Sara by watching. She did not move or mirror intentionally Sara's movements; she was witnessing Sara's process. Observations were written to the paper immediately. The observation conditions were accomplished as similar as possible each time.

### *Kinesthetic empathy*

The empathy makes possible for a person to understand the other's intentions behind their actions (McGarry & Russo, 2011). The ability to the empathy develops in the process of attunement between mother and infant at a bodily level as earlier described. Empathy is defined as ability to putting oneself in the other's place, while being aware that the state of mind, in those situations, is not one's own (Pallaro, 2007).

The kinesthetic dimension of empathy allows person to feel the physical state of another person with his/her own body. Perceiving the action of another person relates to the observer's mirror neuron system (Behrends, Müller, & Dziobek, 2012). Mirroring techniques are important in the work of dance/movement therapists. Those techniques allow the therapist to attune to the patient and to create empathic connection (Winters, 2008). The same mirror neuron structures are activated in the observer as in the person observed. The observer's brain areas are being activated as though one is performing the

action oneself. The other persons movements simulates in the observer's brain and an internal simulation of the state observed in the other person is generated with this sharing of body states enabling implicit understanding. The perceiving can be sharing the motion or just witnessing. Individuals can generate interneuronal connectivity via mirror neurons (Berrol, 2006; Winters, 2008; Homan, 2010; Behrends et al., 2012).

Kinesthetic empathy refers to the embodying of clients feeling states and movement qualities, by the therapist. Kinesthetic empathy utilizes the kinesthetic, self-perceiving awareness of the therapist coupled with a bodily felt understanding of the client's inner affective states. Pallaro (2007) refers Fiedler (1989): kinesthetic empathy is the bodily process of taking-in or turning-into a client's movement and bodily expressions. This bodily experience leads to a simultaneous reverberation of related feeling, to synchronicity as a state of kinesthetic empathy. The process of introspection begins when the therapist's focus shifts toward internal cues, descending to a subconscious level. The second phase is described like emerging associations relating to the perceived bodily experience. The therapist uses her body to receive, contain and interpret the client's bodily felt experiences (Pallaro, 2007). It is said that there is first the kinesthetic empathy that makes empathy as a mental state possible (Winters, 2008).

In dance/movement therapy therapist uses also somatic countertransference (McGarry & Russo, 2011) and somatic transference for understanding empathetically the client (Dosamantes-Beaudry, 2007). It is not easy to differentiate the phenomenon kinesthetic empathy from somatic transference and countertransference.

According to Pallaro (2007) kinesthetic empathy and somatic countertransference are interdependently related. Pallaro (2007) refers Fiedler's (1989) description that therapist's body is like resonating chamber for transferential material as well as defensive reactions like splitting and projection. This allows somatic countertransference responses emerge, as the therapist opens up more unconscious processes and to deeper internal sources through empathy.

In the definitions of somatic countertransference different qualities comes out. According to McCarry & Russo (2011) somatic countertransference means therapist's awareness of his/her own body: sensations, images and impulses, which possibly links to the client's processes. Pallaro (2007) describes the concept according to many theoreticians. She points out that it is important that the therapist is able to access one's own body memories, bodily affective states, and sensations and differentiate one's own material from the patient's material. Somatic countertransference means therapist's different somatic sensations, which arise during the therapeutic process and interaction. Somatic countertransference's base is in therapist's own early experiences, which arise in the therapeutic connection with the patient. The patient or happenings in the session evoke those sensations and experiences, but they have more to do with the therapist's own world than the world of patient's.

Dosamantes-Beaudry (2007) uses in psychoanalytic intersubjective dance/movement therapy the term somatic transference "to refer to the totality of the patient's bodily-felt experience and enacted behavior (experienced as bodily-felt sensations and expressed via bodily-felt expressive movement and through kinesthetic

and kinetic images) that function as transitional objects for the patient and provide critical relational psychodynamic meaning that at the outset of treatment is un-known to the patient". According to Dosamantes-Beaudry adult patients who regress to preverbal states may treat their therapist like a transitional object. The preverbally regressed patient attends to her own bodily-felt experience and gives it outward expression through self-directed movement and kinesthetic or kinetic imagery; she begins to generate transitional objects that have metaphoric meaning for her.

In this study kinesthetic empathy is understood as a therapist's basic ability to embody client's feeling states and movement qualities. Mirror neuron system makes that possible. Somatic transference and countertransference are based on kinesthetic empathy ability of the therapist. Somatic transference and countertransference processes emerge in the therapeutic relationship during the therapy process. There is deeper interpretative level in the somatic transference and countertransference processes than in a kinesthetic empathy experience of the therapist. In this study the researcher was an outsider observer. She was not in the therapeutic relationship with the participant and did not know the background of her. There were not alive environment for the somatic transference and countertransference processes which emerge from the therapeutic relationship during the therapy process.

The process of kinesthetic empathy realized via movement observation of the expressive component of the participant's emotional expression and kinesthetic sensations of the therapist. The observation and the kinesthetic sensing were steps towards kinesthetic empathy.

## The data

### 1. Research question:

Transcriptions of the movement observation, kinesthetic sensing and kinesthetic empathy during bodily interventions. Transcriptions of the verbal expressions. Sessions 2, 10 and 20.

### 2. Research question:

Transcriptions of the emotional expressions of the participant embodied by kinesthetic empathy of the researcher and participant's verbal expressions during the 3 sessions.

### 3. Research question:

The researcher's kinesthetic empathy experiences and outcome measures.

## Data analysis

The analysis process of the first research question started by listing the transcriptions to the tables. Movement observations, kinesthetic sensations and empathy. Next, inductive content analysis was made of Sara's verbal expressions (Table 1.) and the generic categories were put to the tables.

During the inductive content analysis process the concepts were derived from the data. Inductive content analysis was used in cases where there are no previous studies concerning the phenomenon. During the analysis process there is a transition from the concrete data to the conceptual description. That happens by finding themes and categories from the data. Inductive content analysis process include open coding, creating categories and abstraction. During open coding notes and headings were written in the text while reading it. Headings are collected to

the coding sheets and categories are generated freely. Then the categories are grouped under higher order headings. There is an aim to reduce the number of categories. Abstraction means formulating a general description of the research topic through generating categories. In abstraction process there will be sub-categories, generic categories and main categories (Elo & Kyngäs, 2007.) In this content analysis the abstraction level was kept in the generic category level because of the importance of the descriptive nature of the expressions.

The last phase of the analysis was comparing the researcher's kinesthetic empathy experiences to the analyzed verbal expressions of Sara.

Processing the data according to the research question 2 the synthesis of the researcher's kinesthetic empathy description and Sara's verbal description was made as an evaluation of the changes in the emotional expressions during the process.

Concerning the research question 3, a comparison of the researcher's kinesthetic empathy experiences and the outcome measurement was conducted.

## Results

*The emotions expressed and embodied by the researcher during bodily interventions versus Participant's verbal expressions*

In the session 2 the therapy theme was hope. The interventions consisted body, art and verbal activities. There were some same kind of experiences between the researchers kinesthetic empathy experiences and Sara's verbal descriptions during the session. Sara described that she was exited and had pressure how to cope during the session.



| Original expression  | Simplified expression   | Subcategories                        | Generic category             |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------|
| "It was exiting to come here."   | Excitement  | Excitement                           | Excitement                   |
| "It was somehow easier to come here when I did not know anything. But now I had pressure, that if I can't get anything from this, that if I can't have anything out of myself. I got these feelings often" | Easier, when do not know anything. Pressure, if cannot get anything out of oneself. Getting easily pressures. | Pressure of coping                   | Pressure                     |
| " And it was amazing and nice last time. I had smile on my face during rest of the day, when I recollected these. I was so cheery."  | Nice last time. Smile on my face whole day. Cheery  | Positive experiences of last session | Positive experiences of D/MT |
| In the end, "How do you feel?"<br>"Light"  | Light feeling   | Light feeling                        |                              |

Table1. Example of the inductive content analysis of the verbal expressions of the participant. 2<sup>nd</sup> session.

| Movement observation  | Kinesthetic sensations  | Kinesthetic empathy (KE)  | Verbal expressions, generic categories                                |
|---|---|---|---|
| <p>Orientation: pleasure and wishes:</p> <p>Non moving body</p> <p>Open-close movement with hands</p> <p>Sustained movements</p> <p>Weight changes</p> <p>Hands reaching different directions</p> | <p>Stiff body</p> <p>Stiff upper body</p> <p>Heaviness of the upper body</p> <p>Heavy face and chin</p> <p>Repression of the breath</p> | <p>Confusion</p> <p>Emptiness</p> <p>Sorrow</p> <p>Fear</p> <p>Tiredness</p> <p>Powerlessness</p> | <p>Excitement</p> <p>Pressure</p> <p>Positive experiences of D/MT</p> |

Table 2. Emotion expressed in the 2<sup>nd</sup> session. Example of the orientation phase of the session.

| Movement observation  | Kinesthetic sensations  | Kinesthetic empathy (KE)  | Verbal expressions, generic categories  |
|---|---|---|---|
| <p>Difficult feeling affects the body:<br/> Upper body goes down<br/> Hands crossed on the chest<br/> Walking tempo changes slower<br/> Hands against each other on the chest<br/> Disjointed walking<br/> Walking on heels<br/> Boxing with hands, hands up and flabby<br/> Fists up and going down straight<br/> Tensioned movement<br/> Watching the floor</p> | <p>Going down<br/> Contracted shoulders and chest<br/> Superficial and repressed breath in the chest feeling of repressed strength<br/> The strength went to the feet<br/> Strong heels<br/> Mouth shut<br/> Repressing something<br/> Something in fists that wants to come out<br/> There is some force pulling me down</p> | <p>Fear<br/> Incapacitated<br/> Hatred<br/> Sorrow<br/> Powerlessness<br/> Shame<br/> Giving up</p> | <p>Difficulties in confronting the hard and distracting feelings<br/> Aggression<br/> Violence<br/> Difficulties in accepting the hard and distracting feelings</p> |

Table 3. Emotion expressed in the 10<sup>th</sup> session. Example of the theme phase of the session.

| Movement observation  | Kinesthetic sensations  | Kinesthetic empathy (KE)  | Verbal expressions, generic categories  |
|---|---|---|---|
| <p><u>Orientation:</u><br/> Rounding shoulders<br/> Rounding hands, straight<br/> Rocking side to side<br/> Rolling up and down<br/> Moving around the room<br/> Moving lively hands<br/> Playing with the scarf: putting it on herself<br/> Dancing with others<br/> Smiling<br/> Taking contact to the others</p> | <p>Alive, light and free upper body Soft, big and extending whole body<br/> Feeling of leading the body<br/> Free face when the patient smiled<br/> Relaxed face.<br/> Light feeling from the toes to the head.</p> | <p>Joy<br/> Openness<br/> Relaxedness<br/> Light feeling<br/> Breathable<br/> Courage</p> | <p>Positive experiences of dance, movement and the group<br/> Thought about dancing by herself<br/> Self confidence<br/> Sorrow about the separation of the group<br/> Hope</p> |

Table 4. Emotion expressed in the 20<sup>th</sup> session. Example of the orientation phase of the session.

Researcher's emotional reactions (KE) that could relate to the nervousness and pressure were confusion and fear. Additional reactions were emptiness, sorrow, tiredness and powerlessness.

The kinesthetic sensations of the researcher during the orientation phase were first stiff body, especially upper body, also heaviness of the upper body was experienced, especially in face and in chin. Researcher felt also the repression of the breath. During the pair work concerning the theme, researcher felt attentiveness in her body, her hands felt atonic and she felt some asymmetric in relation to pair's movement. When Sara moved her shoulders, researcher felt tension in her own shoulders. The heaviness of the body was still felt and feet were like plastered to the ground. Body was felt blocked.

Sara's movements were sustained and heavy, she changed her weight often and her body was non-moving. Her hands reached different directions and she did open-close movements with her hands. Her facial expression was attentive and she looked mainly to the floor.

The positive experiences of dance and movement emerged only in the Sara's description. She told that last time she had very good experiences of dance and movement, it was cheery. And in the end of this session she felt light (Table 2.).

In the 10th session the therapy theme was difficult feelings. Sara described the difficulties in confronting the strong and distracting feelings. The researcher experiences caution, fear, sorrow and shame during observation, which might be related to these experiences. Sara told that during the bodily interventions she could face and accept the difficult feelings. Researcher's emotional reactions (KE) of

powerless, giving up, wondering, confusion, compliancy, acceptance and releasing could relate to these emotions expressed. Sara told about her aggression, which arises with other persons and through violent nightmares. The researcher felt powerless and anger during observation. Sara described hatred that is not discharged. Researcher's felt incapacitated might relate to this expression.

Researcher's kinesthetic sensations during the orientation (theme "taking care of the body") were stiff body, especially back and pelvis. She felt the need to rise on her toes. When Sara raised her hands up, researcher felt her body lighter. She felt her chest and ribs breathing and the air came into the body. After that the whole body felt lighter.

While working with the theme "difficult feelings" researcher felt desire to going down, contracted shoulders and chest. Breath was superficial and repressed. In the chest there was a feeling of repressed strength. The strength went to the feet and especially the heels were strongly felt. Mouth went shut and there was again feeling of repressing something. There was something in her fists that wants to come out. There was some force that pulled down. When therapist ask in a video recording to let something go, researcher felt breathing more free and her chest more open. But still feeling very cautious. Feet felt grounded; knees were soft and soles felt strong and strongly over floor. Mouth and chest were felt closed. When therapist asked where the difficult feeling is situated, researcher felt like somebody would have been pressing her shoulders. And when Sara was looking at her drawing "Ugly picture", researcher felt grounded, heavy head, whole body felt like in the packet. Researcher's back and shoulders felt stiff and her upper body wanted to go down. Upper body and hands felt strong and after that they felt lighter.

Then the upper body felt tired. In the chest researcher felt burst.

During the theme "Taking care of the body" Sara reached her hands up and walked on her toes. Her hands were straight and movements were wide and soft. Her facial expression was relaxed and she looked up and forward. She used her hand differently than in early session: during the theme "Difficult feelings", she crossed her hands on the chest, pushed them against each other and boxed. This time she walked on her heels. Her walking was disjointed and her tempo changed slower during the session. There was tension in her movements. When the therapist asked to return the earlier good feeling she did circulations with her upper body and reached up. Opened her hands and looked up.

Sara had positive experience of the session as a whole. During the observation researcher did not have certain emotional reaction concerning this description. Overall, researcher had strong image that there is something depressing when the movement went down and there is no freedom then. And when the movement went up, there was freedom (Table 3.).

In the 20th (last) session the theme was ending the group therapy. Sara described positive experiences about the dance and movement. She told that it helps in her anxiety. The researcher felt joy, openness, relaxed and light feeling. Sara had thoughts about using the dance in difficult situations and had trust for herself. She described that she feels younger and more capable than she thought to be. She trusts more her own ideas although others would criticize them. The researcher's emotional reactions (KE) were steadiness, openness, breathable and courage. Sara told that she feel wistful because of the separation from the group. She had positive experiences of the group. Researcher felt tenderness when

Sara released the scarf, which was a metaphor for the group. Sara told that she wishes freedom and for being happy and to have love.

The researcher's kinesthetic sensations during the orientation phase were alive, light and free upper body. When Sara's body went down, researcher felt that her own body did it, not some outside power. The whole body felt soft, big and extending. There was a feeling of leading the body. Face was felt free when Sara smiled. Face felt also relaxed. There was a light feeling from the toes to the head. During the group work researcher felt relax, soft and open body. Shoulders felt free (Table 4.).

In this session Sara did round, soft movements, rolling ups and rocking. She moved around the room and her hand movements were lively. She was playing alone and with others, she smiled and had more contact to the others than earlier. She was breathing stronger than earlier.

#### *The changes in emotional expression during the therapy process*

In the beginning of the therapy process Sara expressed verbally nervousness and pressure. The researcher felt caution, fear, sorrow, shame, confusion, fear, emptiness, tiredness and powerlessness. The kinesthetic sensations of the researcher were parallel with these descriptions: repression, tension, heaviness and blocked feeling in the body while observing Sara. Sara's movements were sustained and her body was non-moving.

In the middle phase of the therapy process Sara discussed about aggression, violence and hatred. There was more "feeling talk" in her verbal expression than in earlier session. Also the researcher's emotional reactions were richer than earlier, and there were more dynamics in the kinesthetic sensations of the researcher.

That dynamics was also seen in Sara's movements during different theme work phases.

In the last session Sara's experiences were positive and there were many elements directed towards to the future. Characteristic for the Sara's last session's experiences were hope, openness, trust and positive experiences of the dance, movement and the group. The researcher's emotional reactions were also positive and the kinesthetic sensations were kind of directed forward, like extending and free body. Sara's movements were more lively and more open than in earlier sessions. Sara had positive experiences of dance and movement in all three sessions. The researcher did not always empathize those experiences because they were often said like a conclusion of the sessions.

#### *The researcher's kinesthetic empathy experiences and outcome measures*

Sara's BDI score decreased from 18 to 10, i.e. from moderate depression to no depression. Her HADS-A score decreased from 13 to 10, which means from moderate anxiety to mild anxiety. And finally her TAS-20 score decreased from 62 to 50, which means from alexithymia to non-alexithymia.

These outcome measures are parallel with the researcher's kinesthetic empathy experiences. It is possible that the researcher reached the recovering process of Sara via her kinesthetic empathy experiences. There was a kinesthetic empathy process from the caution, fear, sorrow, shame, confusion, emptiness, tiredness, powerlessness, hate and sorrow experiences to the joy, openness, relaxed and light feeling, steadiness, breathable and courage experiences.

## **Discussion**

### *The study results*

The aim of this study was to describe and evaluate the emotional expression of the person with depression during the group form DMT. In this study the emotional expression of Sara changed positively during the D/MT group process according to the observation of her and outcome measures.

In the beginning of the DMT Sara's bodily expression was sustained and heavy and she expressed verbally nervousness and pressure. In the middle phase of the therapy Sara's bodily and verbal expressions were more dynamic. In the end of the process Sara was more lively, positive and future oriented than earlier. This result is significant, because in depression the experiencing pleasure is weakened and can disappear (Myllärniemi, 2011). Sara's bodily and verbal expressions were consistent during all sessions.

Emotions are strongly body based (Lehtonen, 2011) and the incapacity related to the depression is both physical and psychological (Myllärniemi, 2011). DMT offers the possibility to engage the body, emotions and sensorial processes simultaneously (Homann, 2010) by using the body and body movements like tools concerning sensations, emotions, thoughts and interaction (Koch & Fischman, 2011). In group form DMT moving together creates a relational experience and simulates subjective feeling of connection (Homann, 2010). That the DMT is based on active doing (movement, dance, bodily and motor expression) seems to be important. Strong emotions and inner pressure can be expressed through spontaneous and improvised movements, which can lead to corrective emotional experiences. In the end of the DMT process Sara expressed trust and

connection with the other participants.

Other studies have shown DMT to be an effective intervention for depression. Dance has been particularly effective on depressive reduction. DMT has improved mood, affect and reduced clinical symptoms like anxiety and depression. (Koch et al., 2013.) In this study the outcome measures show the decrease of depression and anxiety of Sara. In Anderson, Kennedy, DeWitt, Anderson, and Wambolt (2014) study the participants' mood states shifted and DMT helped young adolescents become more aware of their internal states. According to the researchers, DMT may serve as a potential coping strategy for modulating particular emotions. In this study the observation showed the increased dynamics of the emotional expressions and positive, future oriented emotions, and the outcome measures showed Sara's alexithymia to decrease from alexithymia to non-alexithymia.

These findings reflect the successful group therapy process in generally. In the beginning of the therapy participants are often excited and in the end of the process there is positive and future oriented atmosphere. The themes (hope, difficult feelings and ending the group process) processed during the therapy were alive in the emotions expressed by Sara.

In this study one observation method was the use of the kinesthetic empathy of the researcher. It was chosen as a research method because it is essential therapist's tool in DMT. One research question was to evaluate the use of the kinesthetic empathy of the researcher as an observation method. The first thing using the kinesthetic empathy was to clarify the phenomenon of it. It was important to clarify also the concepts of somatic transference and countertransference versus kinesthetic empathy. When the researcher started the observation process she noticed that her bodily reactions were variegated. The use of

kinesthetic empathy appeared to be an own process.

Because in this study the kinesthetic empathy was understood as a therapist's basic ability to embody client's feeling states and movement qualities, and as a base to the deeper interpretative somatic transference and countertransference experiences, it was possible to use it as a video observation method. Using kinesthetic empathy the observation process got deeper and richer perspective to the description and evaluation of the emotion expressed by the participant. There was a triangulation of different research methods: movement observation, kinesthetic empathy process (sensations and emotions of the researcher) and analysis of the Sara's verbal emotional expression. That improves also the credibility of the study. The researcher also felt that her kinesthetic empathy ability and sensitivity developed during the process.

Koch et al. (2013) point out in their meta-analysis that alongside the randomized controlled trials it is also important to have qualitative, non-traditional and creative approaches in DMT research. This study can be classified as a new opening in this field. Koch et al. (2013) continue that it is important to combine qualitative and quantitative approaches into mixed methods designs. This study is part of the larger research project that represents mixed method design. In mixed method designs there are multiple possibilities to accomplish deeper, richer and more credible evidence of DMT.

#### *Credibility and ethical questions of the study*

According to Patton (2002) the centre of the credibility of the qualitative research is truthfulness. The utility, propriety and accuracy of the produced knowledge are important (Patton, 2002, 545).

This study was carried out in a period of one year, which increased the credibility. During the year the researcher had intensive periods for observing and analyzing the data. Between those periods she had time to let things mature in her mind. First, the researcher looked through the video material to get impression of the wholeness concerning 3 sessions. Then she started observing Sara's movements, after that, her own kinesthetic sensations and empathy. Session by session, concentrating to the one thing at a time. The last phase was to transcript the Sara's verbal expression.

Throughout the process, identifying factors affecting the study stemming from the researcher's personal pre-understanding, emotions, attitudes and values aimed at truthfulness and reflectivity. The researcher was not aware of the background of Sara while doing the research; she was an outside observer. The background information of Sara and the outcome measurements were obtained in the final phase of the study by the other researcher.

This study was part of the larger research project and the results will be used in improving the treatment of persons with depression. Accuracy was aimed by accomplish the data collection, analysis and reporting the study process carefully and based on the qualitative research theory.

The researcher had prior experience of collecting data through video observing and inductive content analysis method, which increased the credibility of the study. But the researcher did not have prior experience of using the kinesthetic empathy as a data analyzing method. The researcher found only one study (Tortora, 2010), where kinesthetic empathy was used in the research. This study was a pilot study in that way, and the results have to be considered as a case study results.

The results cannot be transferred to the other situations.

The challenges concerning the credibility are related also to the kinesthetic empathy versus somatic transference and countertransference. During the process the researcher did not have a feeling that her kinesthetic sensations or empathy experiences aroused straight from her own experiences. Sara and researcher had concrete distance between each other and that supported the feeling of being in own body and mind. First, there was a challenge to attune to Sara's world because of the distance. But during the quite long process, the researcher felt Sara's body and movements more and more familiar and close. Despite of the distance, it was possible to attune to the Sara's world.

The data analyses were based on the study task at hand, which is crucial in terms of the reliability of the analysis. The inductive content analysis of the Sara's verbal expressions was conducted based on the data (Graneheim & Lundman, 2004).

The good quality of the study includes the researcher's consciousness of the consequences of the ethical decisions. The benefit of the study has to be bigger than possible disadvantages (Kylmä & Juvakka, 2007). In this study, the basic premise was to be part of the larger project, which aims to improve the treatment of the persons with depression.

The project had asked the informed consent from the participants concerning the whole project. It is important to protect the participants' anonymous, and in this study, the researcher did not know the participant observed and neither the other participants in the group.

The research material was kept in the locked room and the researcher was the only one to handle the material. After the study the video material was returned to the research project.

### *Conclusions*

1. The bodily expressed emotions by the person with depression was possible to reach by the kinesthetic empathy of the observer
2. The person's verbal expressions of the emotions were parallel to the researcher's kinesthetic empathy experiences
3. The researcher's kinesthetic empathy experiences were parallel to the person's outcome measures concerning decrease of symptoms of depression, anxiety and alexithymia
4. Kinesthetic empathy of the researcher is possible observation method in the D/MT research

### **References**

Anderson, A. N., Kennedy, H., DeWitt, P., Anderson, E., & Wambolt, M. Z. (2014). Dance/Movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 257-262.

<http://dx.doi.org/10.106/j.aip.2014.04.002>.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.

Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 107-116.

Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meet dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic

process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 302-315.

Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 73-89. doi: 10.1007/s10465-007-9035-6

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107-115.

Freud, S. (2005). *Murhe ja melankolia sekä muita kirjoituksia*. Suom. Markus Lång. Tampere: Vastapaino.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.

Homann, K. B. (2010). Embodied Concepts of Neurobiology in Dance/Movement Therapy Practise. *American Journal of Dance Therapy*, 32, 80-90.

Impiö, P. (2013). Kun yössä yksin vaeltaa – näkökohtia nuoruusikäisen masennukseen. In Timo Niemi (Ed.), *Haavoittuva nuoruus. Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 14*, (pp. 86-129). Nuorisopsykoterapiasäätiö. Helsinki: Unigrafia.

Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 57-72.

Koch, S. C., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2013). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes: A Meta-Analysis. *The Arts in Psychotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004>

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.



LeDoux J. E. (1996). *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster.

Lehtonen, J. (2011). *Tietoisuuden ruumiillisuus. Mieli, aivot ja olemassaolon tunne*. Porvoo: Bookwell Oy.

Lehtonen, J. (2010). Tietoisuuden luonne muuttaa muotoaan. In Pirjo Saarinen, Anne Tuohimaa ja Anneli Heikkinen (Ed.), *Kätketyn jäljillä. Kirjoituksia mielestä ja psykoterapiasta* (pp. 66–105). Itä-Suomen Psykoterapiayhdistyksen 30 -vuotisjuhlakirja. Kuopio: Kopijyvä.

Leinonen, O. (2013). *Movement analysis of depressed and non-depressed persons expressing emotions through spontaneous movement to music*. Department of Physical Education, University of Jyväskylä, Master's thesis.

McGarry, L. M., & Russo, F. A. (2011). *Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement*. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 178-184.

Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E-A. (2012). *Dance movement therapy for depression*. (Protocol). *The Cochrane Library* 2012, Issue 6.

Myllärniemi, J. (2011). *Miltä vakavasti masentuneesta tuntuu?* In Tarja Heiskanen, Mattu O. Huttunen ja Jyrki Tuulari (Ed.), *Masennus* (pp. 55–69). Helsinki: Duodecim.

Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J.K. (2013). *Bodily maps of emotions*. *PNAS Early Edition*, doi: 10.1073/pnas.1321664111.

Näätänen P., Ryyänänen A., Räikkönen K., Ravaja N., & Keltikangas-Järvinen L. (1995). *Emootioiden funktiot, säätely ja somaattinen terveys*. In Katri Räikkönen ja Jari-Erik Nurmi (Ed.) *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi*. Suomen psykologinen seura. Helsinki. 54-75.

Pallaro, P. (2007). *Somatic Countertransference. The Therapist in Relationship*. In Patrizia Pallaro (Ed.). *Authentic Movement. Movin the Body, Moving the Self, Being Moved. A Collection of Essays. Vol.2*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia. 176-193.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Punkanen, M., Saarikallio, S., & Luck, G. (2014). *Emotions in Motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study*. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 493-497. <http://dx.doi.org/10.106/j.aip.2014.07.001>

Schore, A. N. (2012). *The Science of The Art of Psychotherapy*. New York & London: W.W. Norton & Company.

Sheets-Johnstone, M. (2010). *Why Is Movement Therapeutic?* *American Journal of Dance Therapy*, doi: 10.1007/s10465-009-9082-2.

Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R.M. (1985). *Toward the development of a new self-report alexithymia*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Tortora, S. (2010). *From the Dance Studio to the Classroom*. In Vicky Karkou (Ed.) *Arts Therapies in Schools. Research and Practise*. London & Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers. 27-41.

Tähkä, R. (2010). *Depression psykoterapeuttisen hoidon ongelmista*. In Pirjo Saarinen, Anne Tuohimaa & Anneli Heikkinen (Ed.) *Kätketyn jäljillä. Itä-Suomen Psykoterapiayhdistyksen 30 -vuotisjuhlakirja*. Kopijyvä Oy. Kuopio. 109-146.

WHO (2012). *Depression. Fact sheet N°369* October 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Accessed 6.10.2014.

Winters, A.F. (2008). *Emotion, Embodiment, and Mirror neurons in Dance/Movement Therapy: A Connection Across Disciplines*. *American Journal of Dance Therapy*, 30,84-105, doi: 10.1007/s10465-008-9054-y.

Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.

*Kirjoittajat:*

**Teija Ravelin**, *DHSc, Senior Lecturer,  
Dance/Movement Therapist  
Kajaani University of Applied Sciences  
teija.ravelin@kamk.fi, +358 44 7101273*

**Marko Punkanen**, *PhD,  
Dance/Movement Therapist  
Psychotherapist  
Nyanssi Therapy Centre  
marko@nyanssi.net, +358 40 5551355*

# Suomen Tanssiterapiayhdistyksen 15-vuotisjuhlaseminaari ”TLT masennuksen hoidossa”

**Lahti 9.1.2016**

**Laura Koistinen & Kaisa Tilli**

*”Tanssiterapiayhdistys on luonut yhteyden muihin tanssi-liiketerapeutteihin. En ole yksin!”*

*”Yhdistys on merkinnyt tietoisuutta siitä, että on olemassa tanssi- ja liiketerapeuttiyhteisö; joku, johon valmistumisen jälkeen voi kuulua.”*

*”Yhdistys on antanut tunteen kuulumisesta ammatilliseen ryhmään, mahdollisuutta verkostoitua ja ammattitaidon syventämistä.”*

*”Merkityksellistä on ollut yhteisö, josta saanut hengenheimolaisuutta jo pitkän ajan... Tutkimus, artikkelit, seminaarit. - Kiitos ammatillisesta (etä)tuesta!”*

*”Kiitos Tampereella pidetyistä useista Riitta Ojalan kursseista. Se oli olennainen osuus tanssiterapeutin identiteetin ylläpitoa yksin pohjoisessa työskennellessäni.”*

*”Kiitos artikkeleista ja ajantasalla pitämisestä!”*

*”Yhdistys on lisännyt TLT:n tuntemusta. TLT on mennyt terapiamuotona eteenpäin 15 vuodessa: koulutus, tutkimus.”*

*”Yhdistys on merkinnyt internet-sivuja, joihin voi viitata mainostaessaan tanssiterapiaa ja haaliessaan ryhmäläisiä. Kiitos tiedosta ja infosta!!!”*

Näin luonnehtivat Suomen Tanssiterapiayhdistyksen merkitystä yhdistyksen jäsenet 15-vuotisjuhlaseminaarissa Lahden Wanhassa Walimossa 9.1.2016. Seminaarin seitsemisenkymmenen osallistujan joukkoon mahtui niin yhdistyksen jäseniä kuin muitakin liikkeestä ja kehollisuudesta kiinnostuneita ja niiden parissa työskenteleviä ihmisiä. Mukana oli myös paljon tanssi-liiketerapian opiskelijoita.

Pimeästä pakkasaamusta Walimosaliin saapuneet ihmiset toivat mukanaan innostunutta ja lämmintä tunnelmaa. Lämpimän yhteenkuuluvuuden tunteen lisäksi myös fleeehuovat ja kerrospukeutuminen olivat tarpeen, sillä muuten viihtyisässä entisessä tehdashallissa pakkasen vaikutus tuntui myös sisätiloissa.

Seminaarin avasivat Marko Punkanen ja Päivi Pylvänäinen. Aamupäivällä ohjelmassa oli kaksi luentoa. Ensin yhdistyksen puheenjohtaja Päivi Pylvänäinen esitteli meneillään olevaa väitöskirjatutkimustaan TLT:n käytöstä ryhmämuotoisena masennuksen hoidossa.

Tutkimuksen kysymyksiä olivat mm. millainen on masentuneen kehonkuva, miten TLT-interventio tuottaa muutosta kehonkuvaan, ja miten TLT-interventio vaikuttaa masennusoireiluun - lievenevätkö oireet? Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden (n=18) kehonkuvaa arvioitiin ennen TLT-interventiota sekä ryhmämuotoisen tanssiliiketerapiaintervention (12 x 90 min) jälkeen.

Esiin nousseita perusteemoja kehonkuvassa ennen interventiota olivat väsymys ja energian puute, suunnan puute toiminnassa/kehon kokemuksessa, toimijuuden heikentyminen/sosiaalisen ympäristön kokeminen vaikeana, kehonkuvan fragmentoituminen ja vääristyminen, ohut tietoisuus kehosta, kehoitseyden välttely sekä vaikeus asettua. Samat potilaat, joiden kehonkuvaa tutkittiin, osallistuivat TLT-interventioon ja vastasivat itsearviointilomakkeisiin (BDI-II, HADS, SCL-90 ja CORE-OM). TLT-interventioryhmään (n = 21) ja TAU (tavanomainen hoito) -kontrolliryhmään (n = 12) osallistui keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sairastavia potilaita, jotka olivat avohoidossa julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon piirissä.

Tutkimuksessa havaittiin, että TLT-interventioon osallistuneiden kehonkuvassa tapahtui muutosta myönteisempään suuntaan. Kontrolliryhmään verrattuna TLT-interventio näytti parantavan hoidon vaikutusta sekä mielialälääkitystä käyttävillä potilailla että niillä, jotka eivät käyttäneet mielialälääkitystä. Ryhmäläisten palaute TLT-interventiosta nosti esiin mm. seuraavia muutoksia: myönteisempi suhde omaan kehoon, univaikeuksien vähentyminen, ahdistuneisuuden vähentyminen tai loppuminen, vähentynyt jännittyneisyys, kohentunut aktiivisuus sekä kokemus, että oma olo on turvallisempi. Lisäksi oman tilan tunnistaminen kehittyi, vuorovaikutus toisten kanssa oli muuttunut suotuisasti ja ryhmässä saatu positiivinen vertaistuki koettiin myönteisenä voimavarana. Nämä positiiviset muutokset heijastuivat kehonkuvan myönteistymisessä, psyykkisen oireilun vähentymisessä ja mielialan kohentumisessa.

Seuraavaksi Marko Punkanen esitteli Tunteet Liikkeessä (TuLi) tutkimusta. Marko

aloitti luennon diskolla, joka entisestään kohotti tunnelmaa ja sai viileässä salissa hieman palelleet osallistujat lämpenemään.

Emotions in Motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study (Marko Punkanen, Suvi Saarikallio, Geoff Luck) -tutkimuksen tavoitteena oli tutkia lyhytkestoista, ryhmämuotoista tanssi-liiketerapiainterventiota työikäisten masennuspotilaiden hoitomuotona, ja lisätä ymmärrystä TLT:n vaikutusmekanismeista. Pilottitutkimus oli osa laajempaa Tunteet Liikkeessä -tutkimushanketta. Tutkimuskysymyksenä oli, voidaanko tällaisella interventiolla vähentää masennuksen oireita, ja jos voidaan, niin miten masennuksen lievittyminen voidaan ymmärtää toissijaisten mittareiden kautta. Intervention teoreettinen viitekehys oli ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä psykoterapiassa, ja ensisijaisena mittarina käytettiin Beckin masennuskyselyä (BDI). Terapiaryhmät kokoontuivat 2 kertaa viikossa 10 viikon ajan. Menetelminä käytettiin tanssi-liikeimprovisaatiota, kehotietoisuusharjoituksia, ja reflektointia piirtäen, maalaten, kirjoittaen ja puhuen. Teemoina olivat mm. rajat, keholliset voimavarat, symbolit, miellyttävät ja epämiellyttävät tunteet, mindfulness ja kehotietoisuus, liikekokemusten rikastaminen, turvallisuus ja kosketus.

Tutkimuksessa havaittiin, että ensisijaisena mittarina käytetyn BDI:n (Beckin masennuskysely) pisteiden keskiarvo laski huomattavasti, ja ahdistuneisuus, tunteiden tunnistamisen vaikeus ja neuroottisuus vähenivät. Turvallinen vuorovaikutustyyli, ekstraverttius ja elämän tyytyväisyys lisääntyivät. Tutkimuksen perusteella lyhytkestoinen ryhmämuotoinen

TLT-interventio voi olla erittäin tehokas hoitomuoto työikäisten masennuspotilaiden hoidossa, ja sen mahdollisuuksia olisi syytä tutkia perusteellisemmin tulevaisuudessa. Lisäksi ryhmämuotoinen interventio on huomattavasti taloudellisempi vaihtoehto kuin yksilöterapia, mikä tulisi myös huomioida masennuksen hoidossa käytettävistä interventioista ja suosituksista päätettäessä.

Luentojen jälkeen nautimme erinomaisen lounaan hyvässä seurassa, jossa vilkas kollegiaalinen keskustelu jatkoi luentojen antia. Päivän mittaan heränneistä keskusteluista ja ihmisten kohtaamisista muodostui tärkeä osa seminaarikokemusta, ja näitä olisimme mielellämme jatkaneet pidempäänkin.

Lounaan jälkeen siirryimme työpajoihin, joista jokainen osallistuja sai valita neljästä vaihtoehdosta kaksi. Kaikki työpajat tuntuivat kiinnostavilta, ja valitseminen olikin vaikeaa. Moni olisi mielellään osallistunut kaikkiin pajoihin. Maarit Ylösen ja Auli Kurvisen työpajassa tutustuttiin TuLi-mallin menetelmiin masennuksen hoidossa. Kaisu Riikosen työpajan aiheena oli masennukseen liittyvien tekijöiden tutkiminen. Tiina Granön työpajassa tutkittiin kehotietoisuuden ja hengityksen roolia masennuspotilaiden TLT:ssa. Marko Punkasen työpaja, ”Polyvagaalisen teorian hyödyntäminen TLT:ssa”, herätti uteliaisuutta ja polyvagaalinen teoria vaikutti olevan monelle uusi tuttavuus. Työpajojen kokemuksellisesta ja käytännönläheisestä otteesta kuului runsaasti hyvää palautetta, ja vaikutti siltä, että osallistujat saivat niistä mukaansa oivalluksia ja työkaluja omaan työhön ja arkeen mukaan vietäviksi.

Seminaarin päättyessä iltapäivän loppupuolella tunnelma oli edelleen lämmin ja innostunut, ja keskustelu jatkui vilkkaana.

Muutaman tunnin tauon jälkeen kokoonnuimme uudestaan Walimosaliin iltajuhlaan. Juhlan aluksi kohotettiin malja 15-vuotiaalle yhdistykselle, jonka jälkeen saimme nauttia herkullisen illallisen. Illan ohjelman juontamisesta vastasivat Marko Punkanen ja Hannu Korhonen.

Juhlapuheessaan Päivi Pylvänäinen peilasi tämän päivän ajatuksia yhdistyksestä muistelemalla 10-vuotisjuhlassa pitämäänsä puhetta, ja kuvailemalla yhdistyksen matkaa näinä vuosina. Hän luki myös tekstin ”To Dance is a Radical Act”: The practice of dancing is vital to our survival as humans on earth (Published on November 29, 2011 by Kimerer LaMothe, Ph.D. in *What a Body Knows*), josta alla muutama lainaus:

*“To dance is a radical act because dancing reminds us that the bodily movements we make make us who we are. To dance is a radical act because it reminds us that we, as bodily selves, exist only as an expression of the matrix of relationships with ourselves, others, and the natural world that enables us to be.”*

*“As bodily selves, we are born to move. We are born moving as the medium in which we learn, adapt, invent, and nurture the relationships that support us in becoming who we have the potential to be. Moving our bodily selves in such ways gives us pleasure—even our greatest pleasure. To dance is a radical act, because when we do it, we remember the primal joy of moving our bodily selves.”*

*“To dance is to play with the movement that is making us. It is to cultivate a sensory awareness of how this movement is making us, and of how our own movements, as we shape and transmit the energy of life, are making us. To dance is to play with this movement in ways that allow us to discover and exercise our*

*capacity to make our own movements— movements that align with our health and well-being. Dancing, we create ourselves. We become who we are. We are what we think and feel and do.”*

Puheensa aikana Päivi Pylvänäinen nosti esiin myös toiveita, joita seminaariosallistujat olivat ilmaisseet yhdistyksen toimintaan liittyen. Yhdistykseltä toivottiin mm. verkostoitumisen tukemista ja ehdotuksia yhteisistä projekteista, joissa opiskelijatkin voisivat olla avuksi. Myös tanssiterapeuttien ääntä kaivattiin yhdistyksen sivuille enemmän, ja kiinnostusta olisi lukea eri ammattilaisten ajatuksia tanssiterapian toteuttamisesta omassa työympäristössä. Lisäksi haluttaisiin kuulla “konkareiden näkemyksiä tanssi-liiketerapian soluttautumisesta terapeuttiseen kenttään”, tavoitteena yhteisen "sotasuunnitelman" luominen!

Illan ohjelmallista ja leikkilistä osuutta luotsasi Hannu Korhonen humoristisella otteella. Ennen vapaata tanssia kokoonnuimme piiriin, jossa esiteltiin yhdistyksen jäseniä ryhmittäin yhdistyksen perustamisesta tähän päivään asti. Esittely tehtiin kuinkas muuten kuin tanssimalla vuorotellen piirin keskellä. Lopussa esittäytyivät ne osallistujat, jotka eivät (vielä) kuulu yhdistykseen, ja heitä olikin ilahduttavan paljon. Sitten lavalle nousi Apeiron-bändi, jonka riveistä saattoi bongata yhdistyksestäkin tutut kasvot..! Orkesterin oivallinen kattaus siivitti yleisön vauhdikkaaseen tunnelmaan, ja juhla jatkui tanssin merkeissä puolille öin.

Kiitämme seminaarin järjestäjiä, puhujia, työpajojen vetäjiä ja osallistujia hienosta päivästä, joka tarjosi ajateltavaa ja elämyksiä, tietoa ja tunteita, sekä vanhojen tuttujen kohtaamisia että uusien yhteyksien viriämisiä. Kokonaisuudessaan päivästä jäi ainakin meille

ensimmäistä kertaa mukana olleille tunne elävästä yhteisöstä, jossa erilaiset ihmiset ovat yhteisen asian äärellä. Tanssi-liiketerapian opiskelijoina koimme tämän yhteisöllisyyden vahvistavan kehittyvää ammatillista identiteettiämme.

Seminaariväen keskuudessa syntyi ajatus samanlaisten seminaarien järjestämisestä vuosittain. Heitämmekin haasteen eri alueiden jäsenille; kenen kulmilla kokoonnutaan seminaariin vuonna 2017?

*Kirjoittajat:*

**Laura Koistinen ja Kaisa Tilli** ovat tanssi-liiketerapian ammatillisten opintojen opiskelijoita Eino Roiha -instituutissa



# Solukirjoitusta soluhengityksestä, alkumerestä ja kuudesta perustavasta liikkeestä

**Maria Svan, Sofia Laine & Anita  
Forsblom**

*Mitä on pehmeän keskilinjan tarjoama orgaaninen tuki? Miten sisäelimet tukevat liikkumista? Minkälaisia tietoisuuden muotoja meissä asuu? Muun muassa näihin kysymyksiin saimme syventyä Satu Palokankaan ohjauksessa Eino Roiha -instituutin Kehityksellisten liikemallien ja somaattisen työskentelyn koulutuksessa (10 op, kuusi viikonloppua lokakuusta 2015 maaliskuuhun 2016). Siis todella syvennyimme, jokainen itsessämme kokemukselliseen anatomiaan ja siitä kumpuavaan kosketus- ja kehotyöskentelyyn. Kurssilla matkasimme keskushermostomme alle kohti solujen ja sisäelinten maailmaa. Kohti tietoisuutta, jossa ei ole kognitiivista sanojen kieltä, vaan värähtelyä.*

Tämä kirjoitus on muotoutunut niin sanotulla solukirjoitusmenetelmällä, eräänlaisena kurssin oppien sovelluksena. Me kirjoittajat olemme kaikki uniikkeja soluja, mutta vuorovaikutuksessa toisiimme koostamme kokonaisuuden. Tämä kokonaisuus ei ole koko totuus kurssista vaan näiden kirjoittajasolujen prosessoima kokonaisuus.

## **"Eka kerta"**

*"Miten vapaalta liikkuminen siittiön roolissa munasolua etsien tuntuikaan; juoksin ympäri salia pelkäämättä mitään, ketään. Olin vapaa ja vallaton, vailla menneisyyttä ja*

*traumoja. Mikään ei voinut minua pysäyttää. Sain etsiä elämäni munasolua ja juosta vapaasti. Yhtäkkiä tunsin kuinka jokin tarttui minuun, eikä hellittänyt otettaan. Se oli munasolu, joka nappasi minut..." – Anita*

*"Siittiön värähtelevä ja singahteleva voima ja munasolun hyväksyvä olemisen tila ovat molemmat minussa. Minut rakentaneen munasolun tietoisuus ulottuu hetkeen, kun olen ollut isoäitini kohdussa äitini sisällä. Munasolu on ollut pitkään. Se on kärsivällisesti odottanut, että voi kenties tarjota siittiölle olemisen tilan ja elämän jatkumisen edellytykset. Munasoluuni haluavat siittiöt eivät kilpailleet keskenään, vaan tekivät yhteistyötä. Yhdessä ne rummuttivat ja pehmittävät munasolun kalvoa niin kauan, että munasolu haisteli, kenen kanssa perimäainekset sopivat parhaiten yhteen. Siittiöt eivät ajattele, onko järkeä uida. Sen sijaan ne toimivat yhdessä tavoitteellisesti uiden kohti päämäärää. Siittiö elää hyvän elämän riippumatta siitä, pääseekö se alkioon jakaantumaan yhdessä munasolun kanssa, vai täyttääkö se tehtävänsä auttamalla lauman edustajan maaliin." – Maria*

## **Meissä liikkuu kolme ja puoli miljardia vuotta vanha soluhengitys**

Koulutuksessa kävimme kokemuksellisesti läpi Bartenieff Fundamentalsin sekä Body Mind Centeringin (BMC) esirangalliset ja rangalliset liikemallit ja perustoiminnot antautumiseen ja irtipäästämiseen. Oli jännittävää löytää evoluution muovaamia kehomme sisällä edelleen vaikuttavia rakenteellisia ja energeettisiä yhteyksiä. Jännittävää ja lohdullista.

Vanhin meissä toteutuva liikemalli, soluhengitys, ulottuu kolmen ja puolen miljardin vuoden taakse yksisoluisten eliöiden kehittymiseen.

Vertailuna ensimmäinen alkeellinen hermosto on syntynyt puoli miljardia vuotta sitten ja ihmisäivot vasta 90 000 vuotta sitten. Solu tunnistaa itsensä ja pystyy toimimaan itsenäisenä. Sillä on oma aineenvaihdunta ja se päättää, mitä ravinteita se päästää sisäänsä ja mitä se on valmis luovuttamaan itsensä ulkopuolelle. Tietoisuutemme on jotain paljon syvempää kuin mihin hermostomme tallettama aiemmin opitun ja koetun muistojen kirjasto yltää. Hermostomme on asioiden tallettamista varten, mutta uuden oppiminen tapahtuu solutasolla. Jäimme miettimään, mitä motorinen oppiminen oikein onkaan?

Solutasolla oleilu tuntuu äärimmäisen lohdulliselta. Esirangalliset liikemallit laajempanakin kokonaisuutena ovat hyvin käyttökelpoisia kuntoutuksessa. Ne menevät koko olemisemme alle, myös patologian, elämäkerran, traumahistorian ja sairauksien alle. Ne tukevat toipumista ja itsemme äärelle asettumista niistä osista käsin, jotka meissä toimivat. Solu- ja molekyylibiologian tieteen alan embryologiaan (=alkionkehitysopin) kävimme käsiksi monen liikkeellisen tutkimusmatkan myötä. Edellä Anitan ja Marian tutkielmat siittiöiden ja munasolujen liikemateriaalin tutkimuksesta.

Embryologia tarjoaa näkökulman myös kolmen erilaisen alkiokerroksen ja rakennusmateriaalin tietoisuuteen ja olomuotoon. Ruskuaispussista kehitty endodermi, lapsivesipussista muodostuu ektodermi ja näiden vuorovaikutuksessa syntyy mesodermi. Endodermi on ruoansulatuskanavamme rakennusmateriaali, ektodermista rakentuu aivot ja koko keskushermostomme, mesodermi puolestaan panasolut, jotka vaeltavat alkiossa sydämeiksi. Muutaman viime vuoden ajan on esitetty näkemyksiä kolmista eri aivoista. Sydämessä ja suolistossa on paljon hermopäätteitä. Kouluttajamme Satu Palokankaan mukaan

kolmien aivojen ajatus on sinällään mielenkiintoinen yksinkertaistus, mutta hän näkee asian embryologian silmin hiukan eri tavalla. Ei ole syytä ajatella ruoansulatuskanavamme tai verenkiertoelimistömme toisina ja kolmansina aivona, vaan itsenäisinä tietoisuuden muotoina, joilla on oma yhtäläinen arvonsa ilmankin aivot sanaa. Aivot ei ole näistä kolmesta mitenkään ylempiarvoiset.

Sisäelinten ja endokrinologisen järjestelmän äärellä opimme, kuinka stressitilanteessa ylikierroksilla olevien lisämunuaisten toimintaa voidaan tukea munuaisten ja lonkankoukistajien kautta. Ja kuinka nykyihmisellä usein nähtävä asento, jossa kylkikaaret työntyvät eteen estää munuaisten maadottumisen ja sitä kautta vaikeuttaa entisestään myös lisämunuaisten "vapaata oleilua". Lisämunuaiset ja lonkankoukistajat ovat samassa kalvopussissa.

## **Vika kerta: Autenttista alkumeressä**

*"Uin alkumeressä ja liikuin rauhallisesti aalloissa, kunnes tunsin, että joku tarttui pyrstööni, ja alkoi liikuttaa sitä rytmisesti edestakaisin. Ymmärsin, että nyt oli hetki, jolloin piti alkaa hengittämään; hengitin samassa rytmissä syvään; sisään ja ulos. Olin muuttamassa muotoa.. Minusta tuli maalla elävä ja hengittävä olento. Minun oli helppo hengittää ja aukaisin silmäni ensimmäistä kertaa. Ympärilläni näin muita samankaltaisia olentoja.." - Anita*

Viimeisen koulutusviikonlopun sunnuntaina teimme autenttista liikettä. Autenttinen tuntui kokoavan koulutuksen eri ulottuvuuksia hyvin yhteen. Sekä liikkujana että todistajana oli mahdollista todentaa



liikettä tilaan. Liike resonoi myös kehon syvyyksiin. Autenttista solutasolla. Painovoima, vastavoima, noste ja vaste olivat läsnä. Samoin kuin kuusi perustavaa liikettä: antautuminen, työntö, kurotus, tarttuminen, veto ja irtipäästäminen. Näistä kaikki liikkeemme ja tapamme olla vuorovaikutuksessa koostuvat.

Monelle meistä kurssilaisista jäi kova hinku oppia näistä kaikista asioista vielä lisää. Satu kertoi opettavansa tulevana syksynä ainakin Helsingin yliopiston Avoimessa yliopistossa. Hän on myös luvannut tiedottaa Suomen tanssiterapiayhdistystä tulevista kursseistaan Suomessa. Suurimmaksi osaksi Satu kouluttaa ja opettaa Saksassa ja Isossa-Britanniassa.

*Kirjoittajat:*

***Maria Svan, FM, tanssi-liiketerapeutti***

***Sofia Laine, VTT, tanssi-liiketerapeutti,***

***Anita Forsblom, FT, tanssi-liiketerapeutti***

Ajatuksia DanceAble Symposium aikana  
(Haagissa marraskuussa 2015: [https://  
www.youtube.com/watch?v=q3GtLhTRBDw](https://www.youtube.com/watch?v=q3GtLhTRBDw))

## **Eri liikkuja**

Liikkua erityisesti

Eriyttää liikettä

Liikuttaa

Erilainen liikkuja

Liikuttava erilaisuus

Liikututtaa

Erikoisen liikkuvaista

Eri lailla liikutettava

Liikuttaa erilaista liikkujaa?

Liikkua liikaa (niin että liikututtaa)?

Liikkua liikkumatta, liikuttumatta?

Liikkua erilailla erikseen

Eriyttämättä erilailla liikkuvia?

Liikkumista

Liikkeestä liikkeeseen

Erilaisesta erilaiseen

Liikkumisen erilaisuus

Liika on liikaa

Erilainenkin liikkuu

Liike liikuttaa liikuttunutta

Liikututtaa liikkujaa, erityisesti

-Marja Cantell

## **Liikkeellä**

Matkaan päästävä

mentävä

palattava

tultava

Luontoon

Taiteeseen

Pois ja takaisin

Välttämätöntä, väistämätöntä

Yhä uudelleen, toistuvasti

Kiertokautta, suoraan, keskeltä

Kunhan on liikkeellä

Liikkeessä on elossa

tekemässä

olemassa

järjestämässä

muotoilemassa

Omaa polkuaan, menoaan

Maailman kartalla

milleissä

omassa mittakaavassa

Merkityksellistä liikettä

Minuuteen

-Marja Cantell

# Ajankohtaista

koonnut Marko Punkanen

## **Tulevia koulutuksia:**

### **TANSSI-LIIKETERAPIAN**

### **ERIKOISTUMISKOULUTUS 1**

*Psykoterapeuttisen keho- ja liiketyöskentelyn perusteet, 30 op Eino Roiha -instituutti, Jyväskylä, syyskuu 2016 - kesäkuu 2017*

Koulutuksen kohderyhmänä ovat sosiaali-, terveys-, kasvatust- 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 16-18 osallistujaa hakemusten ja haastattelujen perusteella.

Koulutuksen osallistumismaksu 2800 € sisältää opetuksen, ohjauksen ja koulutusmateriaalin (ei kirjallisuutta).

Lisätietoja  
Marko Punkanen,  
[marko.punkanen@tanssiterapia.net](mailto:marko.punkanen@tanssiterapia.net), 040 555 1355.

Hakeminen  
Hakuaika päättyy 24.6.2016. Hakulomakkeen voit tilata Marko Punkaselta:  
[marko.punkanen@tanssiterapia.net](mailto:marko.punkanen@tanssiterapia.net).

Hakemukseen ei liitetä todistuksia.  
Hakulomakkeet palautetaan s-postilla:  
[marko.punkanen@tanssiterapia.net](mailto: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](http://www.tanssiterapia.net)).

## Hallitus 2015-2016:

Puheenjohtaja: Päivi Pylvänäinen, s-posti: [paivi.pylvanainen@tanssiterapia.fi](mailto:paivi.pylvanainen@tanssiterapia.fi)

Varapuheenjohtaja: Sini-Maria Tuomivaara

Sihteeri: Hannu Korhonen, s-posti: [info@tanssiterapia.net](mailto:info@tanssiterapia.net)

Rahastonhoitaja: Riikka Salminen

Paula Rinne (jäsenasiat)

Johanna Ryyänen (websivujen kehittäminen)

Maarit Sirén

Liisa Jaakonaho

## Varajäsenet:

Meri Nisula ja Marjo Heinonen