



ANNA MINULLE HETKI AIKAA!

**Kuvaus psykofyysisestä fysioterapiaprosessista
fysioterapeutin näkökulmasta**

Mikko Niiranen

Kehittämistehtävä
Tammikuu 2013
Psykofyysisen fysioterapian
erikoistumisopinnot

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Erikoistumisopinnot
Psykofyysinen fysioterapia

MIKKO NIIRANEN:

Anna minulle hetki aikaa!

Kuvaus psykofyysisestä fysioterapiaprosessista fysioterapeutin näkökulmasta.

Opinnäytetyö 67 sivua, joista liitteitä 11 sivua

Tammikuu 2013

Kehittämistehtäväni tavoitteena oli lisätä työyhteisössäni Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian palveluyksikössä tietoutta psykofyysisestä fysioterapiasta sekä sen käyttömahdollisuuksista. Erityisesti halusin kuvata prosessia fysioterapeutin näkökulmasta, ja tällä tavoin tutkia ja tuoda näkyväksi niitä puolia, joita fysioterapeuttinen työskentely polikliinisen potilaan kanssa vaatii ja joita työssä tulee huomioida.

Potilaaksi valikoitui ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä nuorisopsykiatrian poliklinikan potilas. Tapaus kuvaa kestoaltaan melko tyypillistä polikliinista fysioterapia-prosessia ja on oirekvaltaan yksi yleisimmistä fysioterapian aiheista Kysin nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Olen työssäni esitellyt fysioterapiassa käyttämäni Basic Body Awareness -terapiaa ja tuonut esille yhteyttä uusimman neurobiologisen tutkimuksen ja psykofyysisen fysioterapian menetelmien välillä.

Työtä tehdessäni yhdeksi tärkeäksi havainnoksi nousi moniammatillisen yhteistyön merkitys fysioterapeutille osana potilaan hyvää kokonaisvaltaista terapiaa. Olen kuvannut tätä tiimityön teoreettisesta taustasta lähtien sekä tuonut esille moniammatillisuuden merkitystä omilla pohdinnoillani. Muita esille nousseita havaintoja olivat oman työnkuvan ja ajankäytön hallinnan tarve, joka mahdollistaisi sekä työn että fysioterapeutin oman ammatillisen kehittymisen.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, basic body awareness -terapia, kehotietoisuus, moniammatillisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Health Care Specialization
Psychophysical Physiotherapy

MIKKO NIIRANEN:

Give Me a Moment of Time

Description of a psychophysical physiotherapy process from the perspective of a physiotherapist

Bachelor's thesis 67 pages, appendices 11 pages
January 2013

The objective of this study was to enhance awareness of the psychophysical physiotherapy and of the possibilities to apply it in my work community in the Psychiatric Service Unit of the Kuopio University Hospital. My particular aspiration was to describe the process from the point of view of a physiotherapist, and thus research and bring out the facets which are required and need to be taken into consideration at work with an ambulatory patient.

The research study subject was an adolescent psychiatric outpatient suffering from an anxiety disorder. With regard to the duration of the case, it represents a rather typical physiotherapeutic process and its symptoms are among the most common ones seen in Adolescent Psychiatric Outpatient Clinic of the Kuopio University Hospital. In the present study, I introduce the Basic Body Awareness Therapy I have applied for physiotherapeutic treatment and point out the nexus between the latest neurobiological research and physiotherapeutic methods.

One of the notable observations revealed during my study was the relevance of multi-professional cooperation for the physiotherapist as a part of an effective comprehensive therapy. I have described this matter on the basis of the teamwork theory as well as highlighted in my own reflections the significance of the multi-professionalism. Some other findings were the need to know occupational duties and the need for time management that would enable the vocational development of the physiotherapist and of the profession itself.

Key words: psychophysical physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, body awareness, multi-professionalism

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
1.1	Kehittämistehtävän tavoite.....	7
1.2	Kehittämistehtävän tarkoitus	8
1.3	Kehittämistehtävän kuvaus.....	8
2	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	9
2.1	Itsetuntemuksen merkitys terapiatyössä	10
2.2	Fysioterapian erityispiirteitä psykiatrisessa työssä	11
3	BASIC BODY AWARENESS -TERAPIA	15
3.1	Neljä olemassaolon muotoa	16
3.2	Kolmekantainen kontaktihäiriö	18
3.3	Motivaatioanalyysi.....	20
4	KEHOTIETOISUUS KÄSITTEENÄ.....	22
4.1	Kehon ja mielen yhteys	24
4.2	Mielen matriisi ja kehomatriisi	24
5	KEHOTIETOISUUDEN HARJOITTAMINEN.....	27
5.1	Suhde alustaan ja ankkurointi.....	28
5.2	Keskilinja	28
5.3	Keskusta	29
5.4	Hengitys.....	30
5.5	Liikkeen virtaus.....	31
5.6	Tietoinen läsnäolo	31
6	MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖ.....	33
7	MENETELMÄT	35
8	TOTEUTUS	36
9	YHDEN POTILAAN FYSIOTERAPIAN KUVAUS	45
10	POHDINTA	47
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET.....	57
	Liite 1. Muunneltu BAS-kyselylomake	57
	Liite 2. Body Awareness Rating Scale (BARS).....	59
	Liite 3. BARS -tutkimuslomake	61
	Liite 4. Kehotietoisuusharjoitteita	65
	Liite 5. Roberto Assagiolin synteesisiharjoitus.....	67

1 JOHDANTO

Psykiatrisen potilaan hoito on monimuotoista ja sen vaatima moniammatillisuus on ollut nähtävissä jo useiden kymmenien vuosien ajan muun muassa fysioterapian kuulumisena osaksi hoitoa. Raija Jaakkola (1999, 4-5.) viittaa Paakkariin (1987) ja Achtéseen (1991) kuvatessaan fysioterapian historiaa psykiatrisessa sairaanhoidossa. Fysioterapiaa on käytetty puolen vuosisadan ajan useissa Suomen psykiatrisissa sairaaloissa mielenterveyspotilaiden hoidossa. 1960-luvulla fysioterapia sisälsi muun muassa liikehoitoa, ryhmävoimistelua, rentoutusta ja tanssia. 1970-luvulla Lapinlahden sairaalassa fysioterapiassa painottuivat rentous ja luova ilmaisu. 2000-luvun lähestyessä yhteistyö alkoi lisääntyä ja fysioterapiasta tuli yhä enemmän osa psykiatrisen potilaan kokonaisuhoitoa. (Paakkari 1987, Achté 1991 Jaakkolan 1999, 4-5 mukaan.)

Mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoitoon osallistuvien fysioterapeuttien määrä on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana ja mielenterveysongelmaisia potilaita tai asiakkaita tulee fysioterapeuttien hoidettavaksi muualakin kuin sairaaloiden psykiatrisissa yksiköissä. Tietoisuus mahdollisuudesta käyttää fysioterapiaa mielenterveysongelmaisten hoidon osana on lisääntynyt. Fysioterapeuttien, silloisten lääkintävoimistelijoiden valtakunnalliseen opetussuunnitelmaan tuli vuonna 1987 ”Psykkisiä toimintoja tukeva fysioterapia” -oppikurssi, joten jo lähes 25 vuoden ajan jokaisella valmistuneella fysioterapeutilla on ollut koulutuksessaan tämä aihe. (Jaakkola 1999, 4-5.)

Tullessani fysioterapeuttina kuntohoitajan viran sijaiseksi Kuopion yliopistollisen sairaalan (Kys) silloiseen psykiatrian tulosyksikköön vuonna 2007, ei tulosyksikössä ollut yhtään fysioterapeuttia. Tulini valituksi vuonna 2009 psykiatrian tulosyksikön ensimmäiseen fysioterapeutin toimeen Julkulan sairaalaan, joka on psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoitoa tarjoava sairaala Kuopiossa. Aluksi fysioterapeutin tehtävänä oli toimia lähes pelkästään osastohoidossa olevien potilaiden kanssa Julkulassa. Joitakin yksittäisiä konsultaatioaikoja tai yksittäisiä fysioterapiaryhmiä oli toisinaan myös Kysiin kuuluvan, Siilinjärvellä sijaitsevan Tarinan sairaalan psykiatrian osastojen potilaille sekä aikuisikäisten polikliinistä psykiatrista hoitoa tarjoavan Kuopion psykiatrian keskuksen ja mui-

den psykiatrian poliklinikoiden potilaille. Vuonna 2011 Kysin psykiatrian palveluyksikköön perustettiin toinen fysioterapeutin toimi.

Vuoden 2012 alusta kaksi fysioterapeuttia on vastannut fysioterapian toteutuksesta psykiatrian palveluyksikössä Julkulan sairaalan kahdeksalle osastolle, Tarinan sairaalan kahdelle osastolle, yleissairaalapyykiatrian päiväosastolle ja poliklinikalle Kuopiossa, Alavan nuorisopsykiatrian poliklinikalle Kuopiossa sekä Siilinjärven aikuis- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoille. Työnkuva on laaja ja monimuotoinen ulottuen nuorista 13-vuotiaista vanhuspsykiatrian potilaisiin. Potilaat tulevat fysioterapiaan lääkärin läheteellä. Tyypillisiä fysioterapian aiheita ovat syömishäiriöt, ahdistus, traumaperäiset häiriöt, krooniset kiputilat, somaattiset vaivat, sekä kehonhahmottamisen ja rentoutumisen vaikeudet (Kröger & Niiranen 2012). Suurimmalla osalla hoidossa olevista potilaista on piirteitä useammastakin oireista.

Fysioterapeutti työskentelee Kysin psykiatrian palveluyksikössä osana moniammatillista hoitotiimiä. Osastohoidossa olevilla potilailla tiimiin kuuluu hoitava lääkäri, omahoitaja ja kontaktihoitaja tai vastaavasti osaston hoitohenkilökunnan oma hoitotiimi riippuen osaston käytännöstä sekä potilaan tarpeiden mukaan sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti. Poliklinikalla potilaita hoitaa lääkäri, oma terapeutti, joka voi olla esimerkiksi sairaanhoitaja, psykologi tai terapiakoulutuksen saanut toimintaterapeutti, sekä tarvittaessa psykologi, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti. Tästä työnkuvan moninaisuudesta nousi itselleni tarve hakeutua psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintoihin.

Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintoihin liittyvä kehittämistehtäväni käsittelee kehotietoisuusharjoittelua ja psykofyysistä fysioterapiaprosessia lähinnä fysioterapeutin työn näkökulmasta. Kehotietoisuusharjoittelua avaan lukijalle kuvaamalla erityisesti käyttämäni Basic Body Awareness -terapiaa (BBAT), jota on kehitetty ranskalaisen Jacques Dropsyn ja ruotsalaisen Gertrud Roxendalin ajatusten pohjalta.

Olen valinnut työssäni käytettäväksi termiksi keho-käsitteen ruumis-käsitteen sijaan. Monissa lähteissä käytetään sanaa ruumis, mutta erikoistumisopintojen alussa kurssilla asiaa pohdittaessa moni kannatti sanan keho käyttöä.

Ruumis ymmärretään objektina, kohteena, jota voidaan tarkastella luonnontieteellisestä näkökulmasta. Keholla taas ymmärretään subjektin suhdetta maailmaan. Sen voi ymmärtää vain subjektiivisena, kokemuksellisena, elämyksellisenä suhteena maailmaan. (Laine 1995. Hautamäki & Seppälän 1998. 42. mukaan) Timo Klemola on käyttänyt termiä keho kirjassaan *Taidon filosofia – Filosofian taito* (2004) sekä Fysioterapia-lehden artikkelissaan *Kehontietoisuuden harjoittaminen: Taiji, yi quan ja seisomisen taito* (2002)

1.1 Kehittämistehtävän tavoite

Kehittämistehtävän tavoitteena on lisätä työyhteisössäni tietoutta psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen käyttömahdollisuuksista havainnollistamalla fysioterapiaprosessia. Samalla tavoitteena on kehittää omaa ammattitaitoani psykofyysisen fysioterapian erityisosajana.

Psykofyysisen fysioterapian ja sen tarpeen tunnistaminen ei välttämättä ole helppoa moniammatillisessa työyhteisössä. Työssäni laajalla psykiatrian kentällä kohtaan usein tilanteita, joissa muiden ammattialojen henkilökunnalle fysioterapeuttin työ ja sen käyttömahdollisuudet eivät ole täysin selviä. Joskus selvästi fysioterapeuttisen intervention tarpeessa olevat potilaat eivät saa lähetettä, jos henkilökunta ei tunnista tällaista mahdollisuutta. Toisaalta taas vähäisiä fysioterapiaresursseja saattavat kuormittaa sellaiset fysioterapialähetteet, joilla ei välttämättä ole suurta merkitystä potilaan psykiatrisen hoidon kannalta, tai potilas ei ole juuri sillä hetkellä autettavissa fysioterapian keinon. Ideaalitulanteessa fysioterapian tarpeen arviointi ja priorisointi tapahtuisi yhteistyössä hoitavan yksikön henkilökunnan, potilaan ja fysioterapeuttin kesken, mutta tämän hetkisillä fysioterapiaresursseilla fysioterapeutit eivät ennätä osallistumaan tarvittavissa määrin yksiköiden raporteille ja potilastiimeihin ollakseen riittävästi perillä potilaiden voinnista. Siksi fysioterapian tarpeen arvioinnin ja priorisoinnin tulisi ta-

pahtua tarkemmin hoitavissa yksiköissä ja tiimeissä. Näistä asioista nousi tarve tälle kehittämistehtävälle ja psykofyysisen fysioterapian kuvaamiselle.

1.2 Kehittämistehtävän tarkoitus

Kehittämistehtävän tarkoituksena on kuvata yhden polikliinisen potilaan fysioterapiaprosessia fysioterapeutin näkökulmasta. Tämän fysioterapiaprosessin kuvauksen tarkoitus on auttaa fysioterapeutteja ja muita potilaan hoitoon osallistuvia tunnistamaan psykofyysisen fysioterapian tarvetta ja käyttömahdollisuuksia sekä potilaan polikliiniseen kokonaishoitoon fysioterapian näkökulmasta liittyviä vaatimuksia.

1.3 Kehittämistehtävän kuvaus

Tässä työssäni kuvaan luvussa kaksi psykofyysistä fysioterapiaa fysioterapian alakäsitteenä ja siihen liittyviä teoreettisia viitekehyksiä. Tuon esille ammatillisen kasvun ja itsetuntemuksen merkitystä fysioterapeutille sekä kuvaan fysioterapian erityispiirteitä mielenterveyspotilaiden kanssa työskenneltäessä pohjautuen lähinnä Raija Jaakkolan (1999) pro gradu -tutkimukseen. Luvussa kolme avaun käyttämäni Basic Body Awareness -terapian (BBAT) taustaa ja teoreettisfilosofisia lähtökohtia. Luvussa neljä käsittelen kehotietoisuutta käsitteenä selvittäen modernin neurotieteellisen tutkimuksen merkitystä perinteisen psykofyysisen fysioterapian vaikutusmekanismeihin. Viidennessä luvussa konkretisoin aiempaa teoriaperustaa kehotietoisuusharjoittelussa ja avaun kehotietoisuusharjoitteluun liittyviä käsitteitä. Kuudennessa luvussa käsittelen työn aikana tärkeäksi noussutta moniammatillisen työryhmän toimintaa fysioterapian toteutuksessa. Seitsemännessä luvussa kuvaan tässä työssä käyttämiäni menetelmiä ja kahdeksannessa kuvaan sekä työhöni liittyvää fysioterapiaprosessia että kirjallisen raportin tuottamista. Luvussa yhdeksän teen yhteenvedon fysioterapiaprosessista ja sen tuloksista ja luvussa kymmenen pohdin tätä prosessia sekä omia ajatuksiani ja peilaan niitä vuoden kestäneisiin erikoistumisopintoihin. Liitteinä on fysioterapiassa käyttämiäni tutkimislomakkeita sekä esimerkkejä terapiassa käyttämistäni harjoitteista.

2 PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Sillä on perinteitä Pohjoismaissa jo 40 – 50-luvuilta (Immonen-Orpana 1995, 133). Suomalaiseen psykofyysisen fysioterapian kehitystä ovat vauhdittaneet aluksi erityisesti norjalaisen Berit Heir Bunkanin ja ruotsalaisen Gertrud Roxendalin teoriat ja myöhemmin ruotsalaisen Amanda Lundvik Gyllenstenin ja norjalaisen Liv Helvik Skjærvenin opit. Psykofyysinen fysioterapia on kehittynyt fysioterapeuttien, psykiatrien ja psykologien yhteistyön tuloksena. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys PsyFy ry 2012; Immonen-Orpana 1995, 133.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa työskentelyn taustalla on psykofyysinen ihmis käsitys, jossa keskeistä on ymmärrys siitä, että keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden ja ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Psykofyysinen fysioterapia on lähestymistapa, jonka avulla pyritään vahvistamaan ja tukemaan ihmisen liikunta- ja toimintakykyä ja voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Lähestymistavalle on ominaista fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena riippumatta siitä, millaisia ongelmia tämän toimintakyvyssä on. Psykofyysisen fysioterapian näkökulma ja sille tyypilliset osa-alueet ovat sovellettavissa kaikilla fysioterapian osa-alueilla ja kaikki fysioterapeuttiset keinot ja hoidot ovat käyttökelpoisia psykofyysisessä fysioterapiassa. (Talvitie, Karppi, Mansikkamäki. 2006, 265–266; Jaakkola 2007, 6; Jaakkola 2009, 8.)

Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jonka avulla ihminen saa selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja elämäänsä. Psykofyysinen fysioterapia mahdollistaa oman kehollisuuden kokemisen, tunnistamisen ja hyväksymisen. Kuntoutuksessa huomioidaan myös hengityksen, asentojen ja liikumisen nostamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys ihmiselle. Tämä tapahtuu havainnoimalla ja rentouttamalla ihmisen jännitystiloja sekä harjoittamalla hänen liikkeitään, asentoaan sekä kehon ja mielen reaktioita. Fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina potilaan voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. (PsyFy ry 2012; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265–266.) Psykiatristen potilaiden kanssa työskenneltäessä kokemuksellisuus korostuu erityi-

sesti silloin, jos potilaan omien tunteiden ja havaintojen tunnistaminen, käsittely ja sanoittaminen on vaikeutunut.

2.1 Itsetuntemuksen merkitys terapiatyössä

”Voit ohjata toista vain niin pitkälle, kuin olet itse kulkenut.”

- Jacques Dropsy

Käsitys potilaasta ohjaa päämääriä kaikessa työssä ihmisten kanssa. Ihmiskäsitys on niin itsestään selvä asia, että siitä ei aina olla edes tietoisia. Se kuitenkin mahdollistaa kohtaamisen terapeutin ja potilaan välillä ja antaa perustan toimintamalleille. Fysioterapeutille on tärkeää muodostaa oma tietoinen käsitys potilaastaan ja miettiä, mitä toimintamalleja tämä ihmiskäsitys antaa lähtökohdaksi. (Roxendal 1987, 19.)

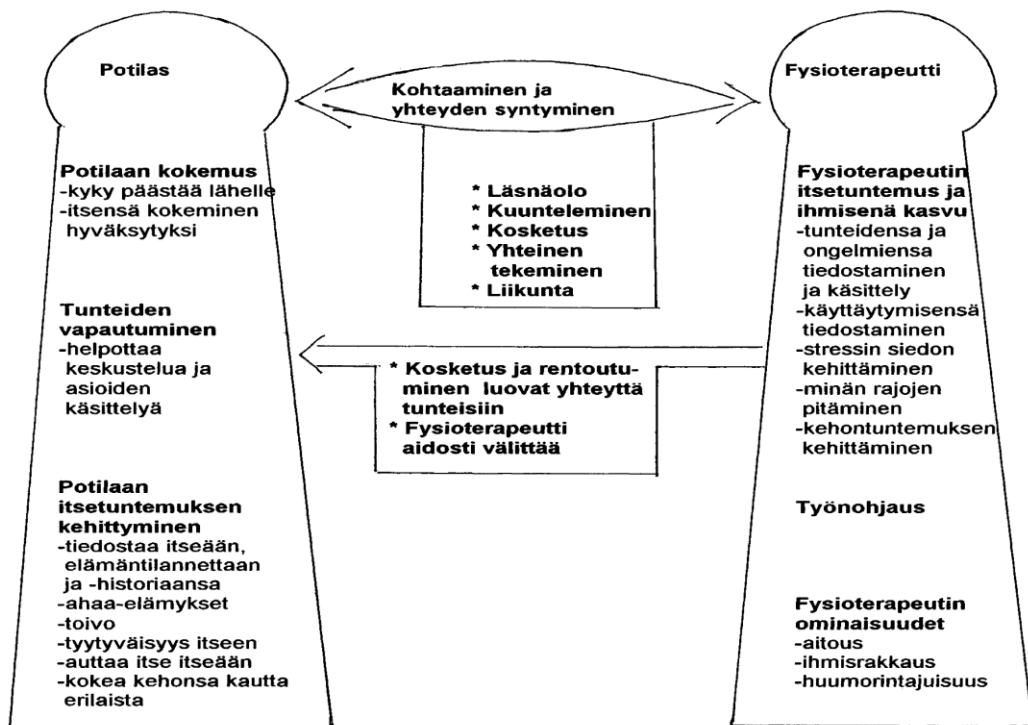
Kun työskentelee ihmisten kanssa, on tärkeää, että työntekijä tunnistaa oman ihmiskäsityksensä ja tiedostaa oman ajattelunsa subjektiivisuuden. Tällöin hän pystyy helpommin ymmärtämään potilaan ajattelua, joka on muotoutunut tämän omasta elämänpiiristä. Terapeutin ei pidä esittää ratkaisuja yksistään oman ihmiskäsityksensä perusteella, vaan lähtökohtana tulee tarjota potilaalle kuntoutuksen perustaksi tämän omaa ihmiskäsitystä ja erilaisia näkökulmia. Tämä auttaa potilasta kokemaan ratkaisut mielekkäinä ja sitoutumaan prosessiin. (Koski 2003, 18.)

Se kuinka suhtaudumme ruumiiseen ja sieluun, sairauteen, terveyteen sekä tunteisiin ja kipuun on riippuvaista ihmisen omasta ihmiskäsityksestä ja maailmankuvasta. Vaikka maailmankuva olisi hyvin tieteellinen, ei ruumiin ja sielun ymmärtäminen ole neutraalia ja puhtaasti tieteellistä, koska siihen liittyy niin paljon mielikuvia, toiveita, pelkoja ja tiedostamatonta. (Vainio 2007, 54.)

2.1 Fysioterapian erityispiirteitä psykiatrisessa työssä

Raija Jaakkola (1999) on Jyväskylän yliopiston fysioterapian pro gradu -tutkimuksessaan haastatellut mielenterveysongelmaisten potilaiden kanssa työskenteleviä fysioterapeutteja ja analysoinut heidän kokemuksiaan fysioterapiasta mielenterveyskuntoutujien kanssa. Jaakkolan haastatteleminen kertomuksissa nousevat olennaisina asioina esiin potilaan kohtaaminen, kuunteleminen, läsnäolo ja sanaton vuorovaikutus. Kohtaaminen jo sinänsä voi olla potilaalle tervehdyttävää ja herättää hänen omia voimavarojaan, koska potilas voi kokea olevansa tärkeä ja hyväksyty. Potilaan oivallukset tilanteestaan, ahaa-elämykset sekä toivo ovat niitä voimavaroja, joilla potilas itse tekee muutosta itsessään ja elämässään. (Jaakkola 1999, 76–81.)

Fysioterapian näkökulmasta on merkittävää, että muutosta voi tapahtua myös siten, että potilas saa liikkeen kautta erilaisia ja uusia kehollisia kokemuksia. Oleellista on myös fysioterapeutin oma kasvu, itsetuntemuksen kehittäminen, omien rajojensa pitäminen sekä stressin siedon kehittäminen. Erittäin tärkeänä fysioterapeutit pitivät myös omien tunteiden käsittelyä. Fysioterapeutin, kuten monen muunkin ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa työskentelevän, ammatillista kasvua on se, että hän oppii tunnistamaan tunteitaan ja käsittelemään työn herättämiä voimakkaitakin tunteita, kuten sääliä, avuttomuutta tai kiukkua. Samoin hänen pitää oppia pitämään omat rajansa samaistumatta potilaan tuskaan voidakseen tukea potilasta empaattisesti. Työ voi nostaa fysioterapeutin mieleen myös hänen oman elämänsä menneitä tai nykyisiä ongelmia, joita hän joutuu kohtaamaan ja käsittelemään. Kohtaaminen luo potilaan ja fysioterapeutin välille yhteyden. Syvä kohtaaminen edistää potilaan itsetuntemus- ja muutosprosessia. Tämä edellyttää fysioterapeutilta itsetuntemusta ja ihmisenä kasvua. Kuvio 1 kuvaa tätä kohtaamista. (Jaakkola 1999, 76–81, 116–117.)



Kuvio 1. Potilaan ja fysioterapeutin kohtaaminen terapiatilanteessa. (Jaakkola 1999, 116.)

Kohtaamisen mahdollistaviksi keinoiksi nousivat Jaakkolan tutkimuksessa myös liikunta sekä yhteinen tekeminen, kuten liikehoito joka saattoi selkiyttää potilaan ajattelua ja tunteita ja auttaa häntä kontaktiin fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutilla pitää olla herkkyyttä ja taitoa havaita, miten potilas reagoi ja kokee. Lisäksi hänen pitää olla kärsivällinen ja ymmärtää, että jaksamattomuus, puhumattomuus tai aggressiivisuus voi olla naamio, jonka takaa vasta löytyy ihmisen sisin. Tärkeä yksityiskohta on myös sopiva ja rakentava huumori, joka luo ilma- piirin kevyemmäksi ja vapauttaa voimavaroja (Jaakkola 1999, 117.)

Työssään Jaakkola tuo esille myös oman kehonsa tiedostamisen tärkeyden fysioterapeutille. Kuuntelemalla omaa kehoaan ihminen voi oppia tiedostamaan todellisia tunteitaan. Lisäksi toisen ihmisen tunteita voi aistia kehollisesti koke- malla fysiologisia muutoksia omassa kehossaan. (Burnard 1995, Mattsson 1995, Hillströn ym. 1989, Hyypä 1997 Jaakkolan 1999 82–83 mukaan.)

Keho on fysioterapeutin työväline. Omalla olemisella ja sanattomalla vuorovai- kutuksella voi vaikuttaa paljon siihen, miten potilas kokee tilanteen. Psykiatriset potilaat ovat oman kokemukseni mukaan herkkiä aistimaan ja tekemään joskus virheellisiäkin tulkintoja itsestään, toisista ihmisistä ja tilanteista. Tällöin fysio-

rapeutin itsetuntemus ja oma kehotietoisuus nousevat tärkeään rooliin terapiatilanteessa. Se auttaa fysioterapeuttia tunnistamaan omia tunteitaan, pitämään omia rajojaan ja tunnistamaan potilaan tuntemuksia. Tämä mahdollistaa aidosti empaattisen työskentelyn ja tukee omaa työssä jaksamista.

Fysioterapeuttinen vuorovaikutusprosessi sisältää kaksi ulottuvuutta, perusedellytykset ja vuorovaikutuksen. Perusedellytysten ulottuvuuteen kuuluvat ulkoiset ja sisäiset edellytykset. Ulkoiset koostuvat yhteistyöstä, työorganisaatiosta ja fyysisestä työympäristöstä. Sisäiset edellytykset koostuvat käsittävät käytännön ammattitaidon, potilaskokemuksen, oman kouluttautumisen, arvot, elämäkokemuksen ja persoonallisuuden piirteet. Näistä tärkeämmäksi koetaan sisäiset edellytykset, erityisesti fysioterapeutin oma kehotietoisuus. Vuorovaikutusulottuvuudessa olennaista on kontaktin luominen, ihmissuhdetaidot, terapeuttinen prosessi ja hoidon rakenne. Näistä tärkeimpinä korostuvat ihmissuhdetaidot ja terapeuttinen prosessi, erityisesti se, kuinka terapeutti tunnistaa potilaan voimavarat ja omaksuu terapeuttisen roolin. (Lundvik-Gyllensten, Gard, Salfort & Ekdahl 1999, 89–109.)

Sosiaalisessa ymmärryksessä ja toisten toiminnan ennakoinnissa peilisolut ovat ilmeisesti ratkaisevassa asemassa. Ne aktivoituvat sekä oman toimintamme aikana että nähdessämme toisen henkilön tekevän samoja liikkeitä. Peilisolut auttavat meitä ennakoimaan toisen ihmisen tekoja ja myös ymmärtämään niiden tarkoitusta. Mentalisaatio, eli toisen ihmisen (ja oman) ajatusmaailman ymmärtäminen aktivoi mediaalista prefrontaalista kuorikerrosta. Pitkäjänteinen toiminnan suunnittelu ja toteutus sekä sosiaalinen kanssakäyminen edellyttävät, että lateraalinen prefrontaalikorteksi ja pihtipoimun (gyrus cinguli) etuosa hallitsevat limbistä järjestelmää ja manteliumaketta, jotka pyrkivät välittömään hyötyyn ja nautintoon. Sosiaalisen kognition käsite yhdistää emotionaalisia ja kognitiivisia puolia inhimillisessä toiminnassa. (Juva 2011. 35.)

Fysioterapeutin on tärkeää saavuttaa yhteys potilaaseen. Yhteyden luomiseen tarvitaan hyvää keskustelutaitoa ja sopivaa ympäristöä. Potilasta tulee kuunnella tarkasti ja olla häntä kohtaan empaattinen. Kun potilasta kuuntelee tarkasti, selviää hänen kykynsä osallistua terapiaan ja hyötyä siitä. Fysioterapeutin on siten kehitettävä myös omaa itsetuntemustaan ja kehotietoisuuttaan fysioterapi-

an psykofyysisen näkökulman onnistumiseksi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 268.)

Henkilön kohtaaminen hoitotilanteessa on ammatillisen tiedon lisäksi aina myös osittain improvisaatiota. Terapeuttinen dialogi ei ole vain sanoja. Ymmärtääkseen potilasta terapeutin on omaksuttava potilaan asento ja hengityksen rytmi. Terapeutin läsnäolo näkyy sanoissa ja eleissä ja kohtaamisen onnistuminen riippuu sanojen ja asentojen tarkkuudesta ja voimasta. (Vainio 2007, 159–160.)

3 BASIC BODY AWARENESS -TERAPIA

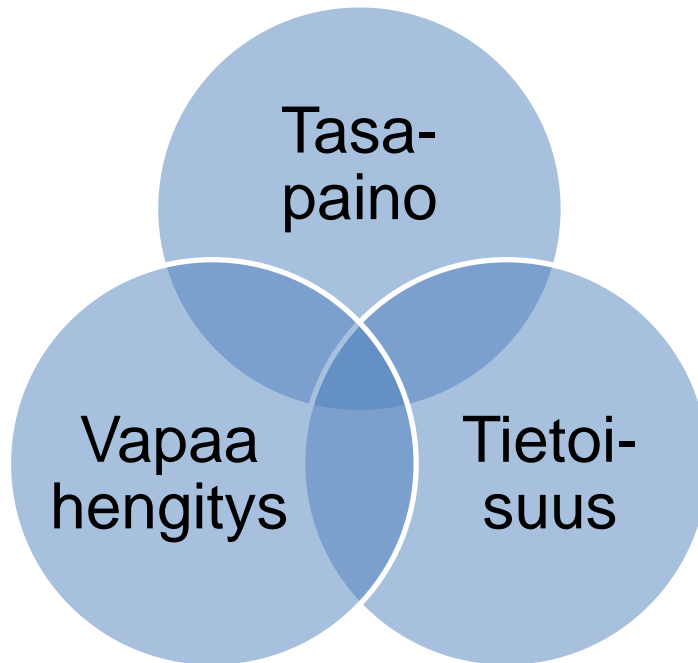
Basic body awareness -terapialla on teoreettiset yhteydet mm. Kirkegaardin, Heideggerin ja Sartren filosofiaan, Freudin, Reichin, Jungin, Lowenin ja Piagetin psykologisiin teorioihin, eurooppalaisiin liikeperinteisiin, kuten Alexander, Feldenkreis, Gindler, Idla, moderniin tanssiin, teatteri-ilmaisuun, Zen-meditaatioon, tai chihin ja moderniin fysioterapiaan.

Menetelmän taustalla on ranskalaisen näyttelijän, psykoterapeutin, tanssijan ja miimikon Jacques Dropsyn havaintoihin ja teorioihin pohjautuva psykotonia-metodi. Dropsyn ajatusten pohjalta ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal kehitti metodista fysioterapiamenetelmän. Nykyään menetelmästä on hie-man eri variaatioita, Ruotsissa Basal kroppskänedom (BK), tai Body Awareness Therapy (BAT) sekä mm. Norjassa ja Suomessa koulutettava Basic Body Awareness Therapy (BBAT).

Roxendal (1985) kuvaa väitöskirjassaan *Body Awareness Therapy and Body Awareness Scale, Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy* ihmisen toimintaa terveyden kautta, kun taas lääketieteessä kuvauksen lähtökohtana on sairaus tai vamma ja yhteiskuntatieteissä kollektiivinen ongelma. Hän korostaa, että ihminen on liian monimutkainen kokonaisuus selitettäväksi yhden tieteenalan kautta ja kysymys on lähestymistavan valinnasta. Roxendalin tutkimuksen lähestymistavan taustassa tulee paljon fenomenologisesta lähestymistavasta poikkeavia ajattelutapoja, kuten Maslovin tarvehierarkia, kokonaisuuden systeemiteoreettinen tasojäsenitys, ranskalaisen liikunta- ja psykoterapeutti Jacques Dropsyn olemassaolon ulottuvuudet ja Freudin kehominän käsite. Kuitenkin fenomenologinen kehominän kokemus ja kohtaaminen ovat Roxendalin avainkäsitteitä. (Roxendal 1985. Hautamäki & Seppälän 1998. 43. mukaan)

BBAT on hyvin yksinkertaistettuna perusasentoihin ja -liikkumiseen liittyvien asioiden hallitsemista. Liikkeitä harjoitellaan makuulla, seisten ja istuen. Harjoitusten keskeisiä elementtejä ovat kuviossa 2 kuvatut tasapaino, vapaa hengitys ja tietoisuus. Liikeharjoituksissa oleellista on liikkeen alkaminen kehon keskuksesta. Harjoittelussa huomio kohdistuu itsen tutkimiseen ja kokemuksiin. Meto-

din avulla otetaan käyttöön ihmisen kykyjä ja voimavaroja. Kaikessa pyritään salutogeenisyyteen eli keskittymään niihin asioihin, jotka edistävät terveyttä. Etsitään niitä tekijöitä, jotka pitävät elämää yllä riskitekijöistä huolimatta. (Niskala. 2004; 2010; 2011.)



Kuvio 2. Dynaamisen tasapainon ykseys. (Niskala 2011.)

3.1 Neljä olemassaolon muotoa

Ihmisen olemassaoloa voidaan tarkastella Jacques Dropsyn mukaan sekä fyysisen, fysiologisen, psykologisen että eksistentiaalisen ulottuvuuden näkökulmasta. Fyysisestä ja fysiologisesta näkökulmasta katsoen kehotuntemuksella tai kehonhahmotuksella tarkoitetaan käsitystä ja tietoa kehon osista ja toiminoista. Psykologinen ulottuvuus kehontuntemuksessa sisältää ymmärryksen kehon ja mielen saumattomasta yhteydestä. Psykologiselle tasolle kuuluvat ajatukset, tunteet ja reaktiot, kyky tarkkaavaisuuteen sekä sosiaalinen ympäristö. Eksistentiaaliselle tasolle kuuluvat elämän tarkoituksen kokeminen, elämäntarkomus ja hengellinen ulottuvuus. Tämä taso käsittää mm. itsereflektoinnin ja tietoisuuden itsestä. (Roxendal-Winberg 2002, 26–36.)

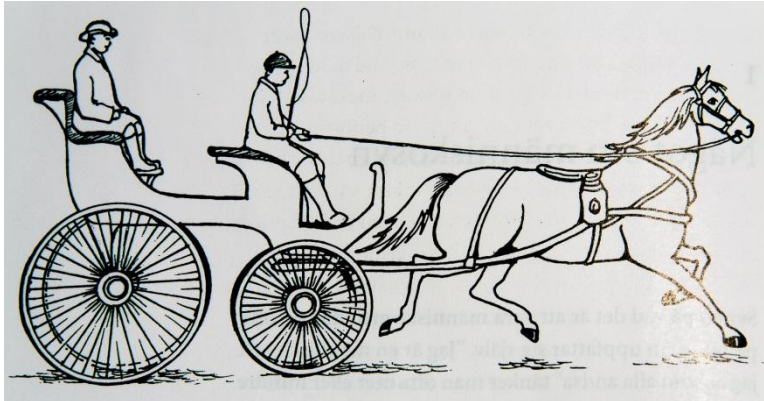
Dropsy on kuvannut edellä mainittuja ulottuvuuksia vertauksella hevosen vetämiin vaunuihin (Kuva 1.), jossa vaunut edustavat fyysistä ulottuvuutta, tukiranka, lihaksistoa ja muita fyysisen kehon osia. Tämä olemassaolomuoto on suhteessa tilaan ja painovoimaan. Jos kokonaisuuden fyysisissä osissa on haittoja, se vaikuttaa koko valjakon toimintaan. Fyysinen keho määrittää kullakin hetkellä optimaaliset olosuhteet ja edellytyksen toiminnalle. (Roxendal & Winnberg 2002, 26–27.)

Fysiologista ulottuvuutta kuvaa vertauksessa hevonen. Se käsittää elintoiminnot, kuten hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnan, hormonitoiminnan ja ruoansulatuksen. Suhteessa aikaan elintoiminnoilla on sisäisiä prosesseja, kuten hengitysrytmi, sydämen lyönnit ja kuukautiskierto. Elintoiminnoille on tärkeää lepo ja aktiivisuus sopivassa suhteessa. Häiriöt fysiologisissa toiminnoissa vaikuttavat elinprosesseihin ja sitä kautta kokonaisuuteen. (Roxendal & Winnberg 2002, 27–29.)

Ajuri edustaa psykologista ulottuvuutta kehon ja mielen tietämystä. Se käsittää ajatukset, tunteet ja reaktiot. Hyvien ihmissuhteiden kehittyminen edellyttää kontaktia omiin tunteisiin. Vastoinkäymiset elämässä kasvattavat ihmisen henkilökohtaista voimaa ja kestävyyttä, mutta jos muutos on liian suuri, saattavat voimavarat loppua ja ihminen ylikuormittuu. Kaikki fyysiset liikkeet ovat yhteydessä psyykkiseen ulottuvuuteen ja niiden avulla voi myös saavuttaa henkistä rentoutumista tai latautumista, aktivoita energiaa, saada aikaan ilon tunteita tai aggressioiden hallintaa. Asento, kävely, liikkeet, olemus ja tapa puhua ilmentävät ihmisen mielialaa ja tunteita. Jos ihmisellä on heikko kontakti omiin tunteisiin, hänen on vaikea kuvailla miltä hänestä tuntuu. Kehontuntemuksen parantua ihminen tunnistaa ja erottaa paremmin tunteita toisistaan. (Roxendal & Winnberg 2002, 29–32.)

Neljättä olemassaolomuotoa kuvaa matkustaja. Se käsittää eksistentiaalisen ulottuvuuden, inhimillisyyden, kyvyn itsereflektointiin ja tietoisuuteen itsestään. Tämä ominaisuus puuttuu eläimiltä ja kasveilta. Ihminen voi ajatella tunteitaan, menettelytapojaan ja vertailla niitä muihin. Hän voi suunnitella toimintaansa ja miettiä, mitä tapahtuu kuoleman jälkeen. Tähän eksistentiaaliseen olemassaolomuotoon kuuluu etiikka, elämään suhtautuminen, hengelliset arvot ja elämän

tarkoitus. Tietoisen läsnäolon kautta ihminen voi avautua asioille joita elämä tarjoaa. (Roxendal & Winnberg 2002, 32–33.)

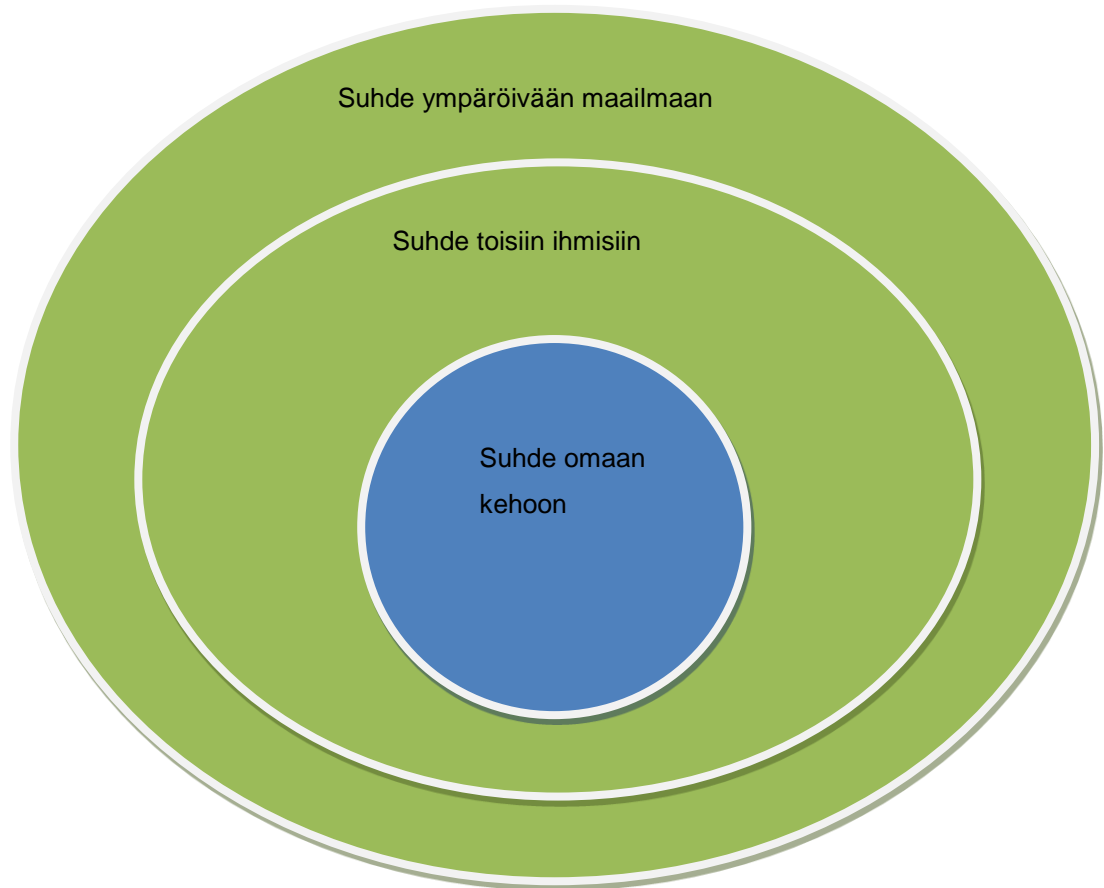


Kuva 1. Vertauskuva olemassaolon eri muodoista. (Roxendal & Winberg. 2002, 26.)

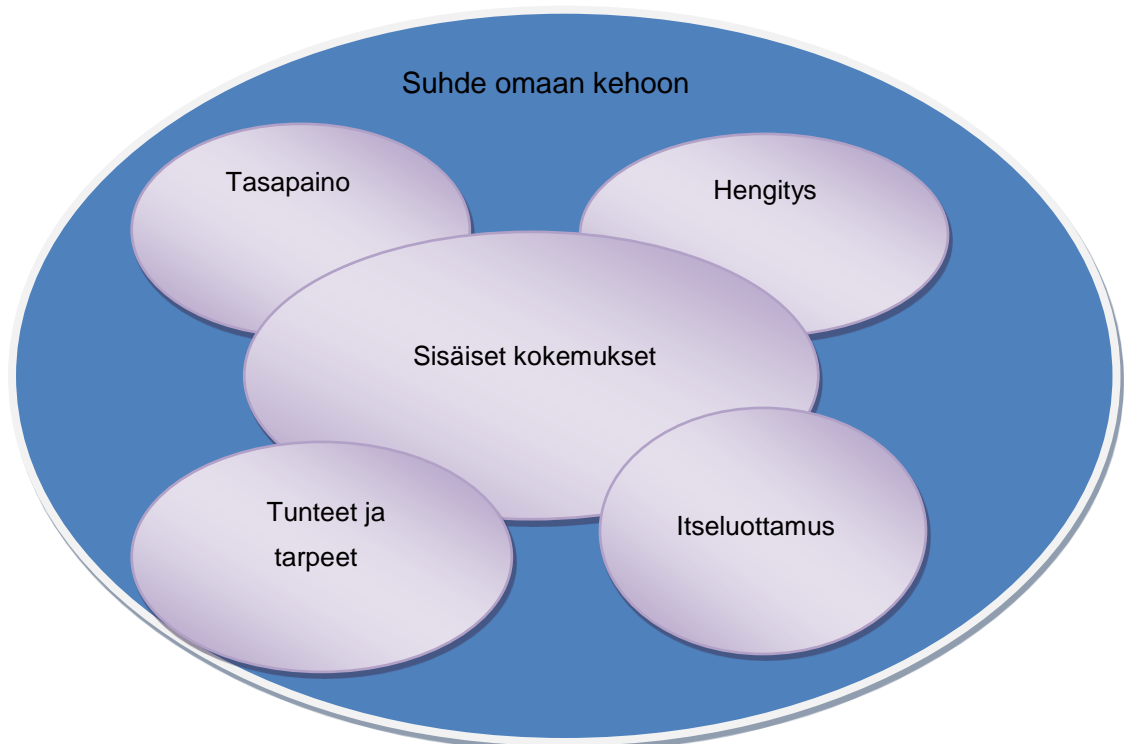
Dropsyn mukaan elävällä ihmisellä on sielukas keho. Hevosvaunuissa tulee olla huomiokykyinen ja läsnä oleva ajuri, jotta hevonen juoksee sopivaa tahtia. Vau-
nujen on oltava hyvässä kunnossa ja hevosen terve, jotta matka etenee. Ilman matkustajaa vaunut eivät osaa kulkea oikeaan suuntaan ja ne menettävät merkityksensä. (Roxendal & Winnberg 2002, 33–34.)

3.1 Kolmekantainen kontaktihäiriö

Dropsy on esittänyt myös hypoteesin, jonka mukaan ihmiset kärsivät usein kontaktin puutteesta omaan kehoon ja sisäiseen maailmaan, ympäröivään tilaan ja aikaan, sekä toisiin ihmisiin. Tämä kolmekantainen kontaktin puute näkyy kehon epäedullisena käyttämisinä ja kömpelyytenä sekä vaikeutena liikkua tasapainoisesti ja koordinoitusti. Liikkeissä on havaittavissa epäharmoniaa ja toimintahäiriöitä. Ne voivat olla mm. epävakaita, mekaanisia ja jäykkiä. Myös omien rajojen - niin fyysisten kuin psyykkistenkin - tunnistaminen voi olla vaikeaa. Läsnäolo omassa kehossa auttaa tunnistamaan kehon signaaleita ja mahdollistaa kehon joustavan ja tasapainoisen käyttämisen. Suhde ympäristöön ja toisiin ihmisiin edellyttää tietoisuutta omasta itsestä ja omista toimintamalleista. Kolmikantaista kontaktihäiriötä on kuvattu kuvioissa 3 ja 4. (Gyllensten, Skär, Miller & Gard 2010, 441–444.)



(Kuvio 3. Kolmikantainen kontaktihäiriö. (Gyllensten ym. 2010, 442.)



Kuvio 4. Suhde omaan kehoon. (Gyllensten ym. 2010, 443.)

3.2 Motivaatioanalyysi

BBATin tärkeänä tavoitteena on auttaa potilasta tutkimaan, olemaan tietoinen, aistimaan ja havainnoimaan miten tulla tietoisemmaksi. Tutkiessa kuunteleminen on keskeistä. Dropsy painottaa kuuntelemaan kymmenen kertaa suhteessa tekemiseen. Terapeuttinen haaste on saada potilas ottamaan vastuu harjoittelusta. Terapeutin tehtävänä on motivoida ja auttaa potilasta sitoutumaan harjoitteluun heti alusta saakka. (Niskala 2011.)

Fysioterapian suunnitelmaa tehtäessä tulee analysoida kaksi pääaluetta. On löydettävä mahdollisesti monien ongelmien joukosta se ongelma, jonka takia potilas on hakeutunut hoitoon ja jota tullaan hoitamaan. Lisäksi analysoidaan voimavarat, jotka koostuvat potilaan sen hetkisestä kehollisista kyvyistä, motivaatiosta, fysioterapeutin pätevyydestä ja panoksesta. Näiden perusteella tehdään hoitosuunnitelma, jossa tulisi olla lyhyen ajan tavoite. Pitkän aikavälin tavoite olisi hyvä asettaa, kun ensimmäiset vaikutukset terapiasta huomataan. Suunnitelmassa sovitaan, mitä terapeutti voi tarjota ja miten potilas voi omalla aktiivisuudellaan avustaa kuntoutumista. (Roxendal 1987, 69.)

Kliinisessä työssä apuna potilaalle sopivan toimintatavan löytämiseksi voi terapeutti käyttää unkarilaisen psykoanalytikko Sandor Radon määrittelyä viidestä motivaatiotasosta, jotka ovat: 1. *aktiivinen*. ”Selviää itse ja haluaa kehittyä”. 2. *velvollisuudentuntoinen*. ”Tulee sovitusti ja kysyy mitä voi itse tehdä”. 3. *riippuvainen*. ”Voi tehdä itse, mutta tarvitsee paljon tukea ja vahvistusta”. 4. *tukeutuva*. ”Haluaa tulla hoidetuksi, eikä usko omiin kykyihinsä, tarvitsee huomiota sekä ymmärrystä”. 5. *luopuja*. ”Luopujalla on käsitys siitä, ettei mikään auta, hän tarvitsee toivoa muutoksesta vaatimusten sijaan.” Radon mukaan potilaan voimavaroista riippuu se, millaiseen yhteistyöhön hän on valmis. Voimavarat puolestaan määräytyvät potilaan sen hetkisen elämäntilanteen mukaan. Voidakseen tukea potilasta, on fysioterapeutilla oltava käsitys hänen tavoitteistaan ja motivaatiotasostaan. Jos fysioterapeutti ei ole tietoinen näistä seikoista, voivat molemmat osapuolet pyrkiä eri tavoitteisiin. Motivaatioanalyysin avulla voidaan fysioterapiassa määrittää toiminnan tavoitteet yhdessä potilaan kanssa hänen

sen hetkisten resurssien mukaisiksi ja mukauttaa niitä potilaan motivaatiotason mahdollisesti kohotessa. (Roxendal 1987, 62–67.)

4 KEHOTIETOISUUS KÄSITTEENÄ

Kehontuntemus sisältää elämys- ja liikeulottuvuuden. Elämysulottuvuus käsittää mm. kokemuksia ja elämyksiä kehossa olemisesta, kuten myös tuntemuksia ja tietoisuutta kehosta. Liikeulottuvuus sisältää esimerkiksi kyvyn hallita kehoa sekä liikemalleja. Yksi tavoite kehontuntemusharjoittelussa on tulla tietoisemmaksi käyttäytymisestä, rutiineista ja suhtautumisesta elämään. (Roxendal & Winnberg 2002, 52–53.)

Kehontuntemus sisältää kehotietoisuuden käsitteen, joka on kehollinen näkökulma henkilön kokonaisvaltaisesta tietoisuudesta itsestään. Kehotietoisuuteen kuuluvat psyykkiset elementit sekä tuntemukset kehosta, havainnot olemuksesta ja liikkeestä sekä tiedot kehon liikkeiden edellytyksistä. Kehotietoisuuden lisääntyessä kehittyy kyky tunnistaa kehon asentoja, lihasjännityksiä ja viestejä. Ihminen oppii tunnistamaan omat rajansa sekä tulee tietoisemmaksi kehonsa fyysisistä kyvyistä ja omista persoonallisista liikemalleistaan. (Roxendal 1987, 29–30, 32.) Ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon, mutta myös kehon muisti ja reaktiot synnyttävät tunteita ja ajatuksia. Kehomme avulla ymmärrämme ja tulemme tietoiseksi tunteistamme ja kehonkielellä osoitamme ympäristöllemme mitä tunnemme. (Roxendal & Winnberg 2002, 41–42.)

Klemolan (2004) mukaan kehonkuva on niiden havaintojen, asenteiden, uskomusten systeemi, jotka liitetään omaan kehoon. Sillä tarkoitetaan havaintoa, kokemusta omasta kehosta mutta myös käsitystä kehosta. Siihen liittyy sisäisiä kokemuksia, mentaaleja mielikuvia, representaatioita eli sisäistettyjä mielikuvia, uskomuksia ja asenteita kehoa kohtaan. (Klemola 2004, 82)

Johannes Lehtonen (2011) kuvaa tietoisuuden tunnusmerkkejä neljällä tietoisuuden peruspiirteellä. Lehtosen mukaan tietoisuudelle on ensiksi ominaista välittömän tiedon minämuotoisuus, jolla tarkoitetaan omaan mieleen kuuluvien sisältöjen yksityistä, subjektiivista luonnetta. Kukaan ulkopuolinen ei voi tuntea kenenkään toisen henkilön mielen sisältöjä, eikä kehollisia tuntemuksia samalla välittömän tuntemisen tavalla, jolla ne ovat henkilölle itselleen tuttuja. (Lehtonen 2011, 24–30; Juva 2011, 36.)

Toinen tietoisuuden sisältöjen peruspiirre on niiden laadullisuus. Aistimiseen ja muuhun psyykkiseen toimintaan liittyy aina kokemus siitä, miltä jokin aistimus tuntuu. Pehmeys ja punaisuus ovat esimerkiksi muutakin kuin hermopäätteiden ärtymistä ja aallonpituuksia. Tietoisuuden sävyt ovat laadullisia ominaisuuksia. Esimerkiksi väri mielletään tunteiden tasolla sen hetkisen tunnekokemuksen mukaan. Tietoisuuden laadullisen puolen huomioiminen on tärkeää ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Muutoin ihmiset eivät voi ymmärtää toisiaan. (Lehtonen 2011, 25–26.)

Kolmas tietoisuutta luonnehtiva peruspiirre on sen yhtenäisyys ja jakamattomuus. Koemme oman mielemme kokonaisuutena, omana persoonallisuutenamme. Todellisuudessa mielen sisällöt koostuvat kunakin hetkenä useista erilaisista tekijöistä, kuten samanaikaisista ulkoisista havainnoista eri aistien alueilla, monista sisäisistä tuntemuksista, kuvitelmista, tahdosta, toiminnan suunnittelemisesta, arvoasetelmista ja erittelevästä ajattelusta. Mieltä ei voi kuitenkaan jakaa toisistaan irrallisiin osiin kokonaisuuden särkymättä. Mielen psykofyysinen rakenne ei salli rinnakkaisten toimivien prosessien tietoista kokemista erillisinä, kuin korkeintaan hyvin rajallisesti. (Lehtonen 2011, 26–27)

Neljäs peruspiirre on mielen sisältöjen representatiivinen luonne, niiden ominaisuus viitata itsensä ulkopuolelle. Ajattelemme jotakin, tunnemme tunteita toista ihmistä tai tilannetta kohtaan. Mielen sisällöt voivat viitata myös sisälle päin ja kertoa jotain oman minuuden tai kehon tuntemuksista esimerkiksi tyytyväisyydestä, mielihahan ja kivun kokemuksiin. Representaatiot mahdollistavat valmistautumisen ja tilanteiden ennakoimisen ajatuksen tasolla. Representatiivisen ominaisuutensa vuoksi mielen sisällöt ovat myös suhteessa olemisen välineitä. Ne on suhteutettava mielen ulkopuolella oleviin asioihin, jotta ne ymmärrettäisiin oikein. Esimerkiksi toisen ihmisen hymyn havaitseminen vaatii sille annettua tulkintaa tai mahan pohjassa tuntuva ahdistus vaatii arviota siitä, tarkoittaako se kehollista viestiä nälästä, sairautta vai ahdistuksen aiheuttamaa jännityksen tunnetta. (Lehtonen 2011, 28–29.)

4.1 Kehon ja mielen yhteys

Ihminen kokee maailmansa todellisuuden, sen mielekkyyden ja tietoisuuden siitä viimekädessä kehonsa kautta. Keho on ihmiselle maailman peili. (Lehtonen 2011, 31.)

Ilman aivoja ihminen ei pysty havaitsemaan, oppimaan, viestimään eikä ohjaamaan toimintaansa. Aivojen toimintaan liittyvät ihmismieli ja sen psyykkiset ilmiöt, havainnot, ajatukset, muistikuvat, unet ja tunteet. Näiden havaitseminen objektiivisesti ei ole mahdollista. Mielen sisäiset ilmiöt vaikuttavat aivojen välityksellä myös kehoon. Aivot ovat tärkeitä myös identiteetin kannalta, niihin on tallentunut perimän ja kokemuksen yhteisvaikutuksesta muovautunut tieto, joka tekee ihmisestä ainutlaatuisen persoonallisuuden. (Paavilainen, Anttila, Oksala & Stenius 2002, 11–14.)

Erilaiset tajunnan tilat, kuten havaintokokemukset, mielikuvat, unet, tunteet, aistimukset ja sisäinen puhe koetaan elämyksellisesti. Ne muodostavat ihmisen sisäisen todellisuuden. Tämän psykologisen todellisuuden on perustuttava aivojen hermostolliseen todellisuuteen. Näiden kahden todellisuuden välillä on edelleen suuri tieteellinen kuilu, joka kaipaa yhdistämistä ja selityksiä. Miten voi materiasta koostuvilla aivoilla olla elämyksellisesti ja subjektiivisesti koettuja tajunnan tiloja? (Hämäläinen, Laine, Aaltonen & Revonsuo, 1999. 295, 298.)

4.2 Mielen matriisi ja kehomatriisi

Johannes Lehtonen (2011) puhuu käsitteestä *mielen matriisi*. Aivoissa aistimaailman tiedot kulkevat aistinelimistä aivokuorelle spesifisten tunnettujen hermora-tojen kautta. Monesta aistipiiristä peräisin olevan informaation ominaisuudet edellyttävät aivoalueiden välillä integroivia yhteyksiä, joita on erityisesti pääläen lohossa sekä sen ja takaraivolohkon yhtymäkohdan pariето-okkipitaalijunktion alueella. Niiden piirissä eri aistinalueiden informaatio virtaa yhteen. (Solms ja Turnbull 2002, Lehtosen 2011, 120 mukaan).

Marita Sandströmin (2012) mukaan vanhoista kehonkaava ja kehonkuva -käsitteistä ollaan luopumassa, koska ne eri määrittelysuuntauksien mukaan menevät osittain päällekkäin ja uusi käsite on *kehomatriisi*, joka rakentuu kehoa ympäröivästä tilasta ja kaikista niistä tiedoista, joita meillä kehosta on, mukaan lukien kehon kuuluminen itselle. Kummassakin aivopuoliskossa on moniaistisesti rakentuvia kehon edustuksia, joiden toiminnat tuottavat erityyppisiä keho-tietoisuuden osatekijöitä. Kehomatriisin tiedostaminen on välttämätöntä psykologisen ”minän” kehittymiselle. (Sandström 2012a; Sandström 2012b, 22–24)

Sandströmin kehomatriisista ja Lehtosen mielen matriisista löytyy paljon yhtäläisyyksiä. Lehtosen mukaan lapsuudessa kehittyvä kuva olemassaolosta sa-moin kuin käsitys fyysisestä ulkomaalimasta syntyvät monen eri tekijän integ-raatiosta. Lopputulosta ei voi ymmärtää vain erilaisten tapahtumien mieleen tallentuvina kopioina. Aistimusten kokonaisvaikutuksia aivoihin ja mieleen voi-daan pitää yhteysverkon kehittymisenä aivojen eri osien välille. Yhteysverkos-toa voidaan puolestaan pitää mielen matriisina, mielen psykofysiologisena alus-tana, jonka avulla aistihavainnot voivat muuntua mielen tasolla ilmeneviksi mer-kitykseksi ja edelleen eri tavoin järjestäytyneiksi mielen sisällöiksi. Mielen mat-riisi on aivojen rakenteiden ja toiminnallisten alueiden välinen psykofysiologinen verkosto, joka tietokoneen käyttöjärjestelmän tavoin tukee aivojen toiminnan kehittymistä kohti perustavaa organisaatiota ja sen ylläpitämää yhtenäistä ole-massaolon kokemusta. (Lehtonen 2011, 121; Lehtonen 2012.)

Mielen matriisi ei voi toimia aivojen ja mielen sisäisten yhteysverkostojen raken-teena yksistään aivojen ratayhteyksien anatomisella perusteella. Se tarvitsee myös latauksen, joka ylläpitää matriisin toimintoja ja antaa niille jatkuvuutta. Psykofysiologista tunne-energiaa mielen matriisi saa käyttöönsä, kun vuorovai-kutusten jälkeen ja muistoihin kytkeytyy tyydyttäviä ja vaikutukseltaan riittävän pitkäkestoisia kokemuksia. Tämä aistimaailman latautuminen perustuu aistirato-jen neurofysiologisiin mekanismeihin. Aistiradat haarautuvat kahteen pääreittiin aivoissa. Aistinelinten välittämä informaatio päättyy aivokuorelle tunnettuja ja eri aistipiireille ominaisia spesifisiä ratoja pitkin, missä niistä syntyy aistihavaintoja. Aistinelimistä saapuvista radoista haarautuu kuitenkin runsaasti teitä, jotka eivät vie aivokuorelle, vaan syvälle aivorunkoon, limbisiin rakenteisiin, kuten muun muassa manteliumakkeeseen ja myös talamuksen verkkomaisiin, epäspesifei-

hin tumakkeisiin. Ne eivät säätele informaatiota, vaan aivojen vireystilaa ja aistiärsykkeiden aiheuttamia herätevaikutuksia. Radat välittävät aktivaatiovasteen, joka kertoo vain, että jotakin tapahtuu, kun taas informaatiota välittävien, suoraan aivokuorelle etenevien ratojen viestit kertovat, mistä tapahtumasta kulloinkin on kyse. (Lehtonen 2011, 122–123.)

Aistimusperäisiin kokemuksiin sisältyvät periaatteessa molemmat komponentit, spesifinen aistimussisältö ja toisaalta yleinen aktivoiva vaikutus. Aktivaatoradat osallistuvat myös valveen ja unen säätelyyn ja niistä levittäytyy haaroja aivojen tunne-elämän säätelyyn limbisessä järjestelmässä sekä hormonitasapainon ja autonomisten elintoimintojen säätelyyn hypotalamuksessa ja aivorungon tumakkeissa. Aivoratojen rakenne ja neurofysiologia määräävät sen, että kaikkiin aistimukseen liittyy jokin heräte- ja tunnemerkitys sekä vaikutus elimistön fysiologiseen tasapainoon. Mielen pohjakerroksen mieltäminen aivojen ja mielen eri osien ja toimintojen toisiinsa verkottuneena rakenteena voidaan perustella myös synaptisen fysiologian lainalaisuuksilla. Donald Hebbin klassisen säännön mukaan hermosolut, jotka ovat samanaikaisesti toiminnassa, myös kytkeytyvät yhteen niiden välille muodostuvan hermoverkon kautta periaatteella ”neurons that fire together wire together.” (Lehtonen 2011, 123.)

Nämä yllä mainitut neurotieteelliset tutkimustulokset tukevat osaltaan niitä käsityksiä, joiden mukaan tietoisien liikkeen kautta voidaan oppia havainnoimaan, tunnistamaan ja käsittelemään syvempiäkin tunteita. Tämä lisää perusteita psykofyysisen fysioterapian käytölle. Erityisesti tunnekokemusten tiedostaminen ja sanoittaminen nousee tärkeäksi psykiatristen potilaiden hoidossa, koska heillä voi olla jo sairauteenkin liittyen vaikeuksia näiden asioiden hahmottamisessa ja toteuttamisessa.

5 KEHOTIETOISUUDEN HARJOITTAMINEN

Psykofyysistä ajattelumallia voi soveltaa kaikkeen fysioterapiaan ja kaikkeen liikuntaharjoitteluun. Huonojen liiketottumusten ja tarpeettomien liikkeiden ja jännitysten muuttamiseen tarvitaan ensin niiden tiedostamista. Monissa liikuntamuodoissa kehotietoisuus on tärkeässä roolissa, kun mietitään nivelkulmia ja lihasten jännittämistä. Liikkeet voidaan suorittaa mekaanisesti oikein, mutta niitä tehtäessä pitäisi muistaa huomioida myös keskittyminen ja tunne mukaan liikkeeseen. Tavoitteena on yhdistää se, mikä tuntuu hyvältä oikeaan määrään fyysistä rasitusta. (Thornquist & Bunkan 1991, 89–90.)

Ymmärtääkseen kehotietoisuusharjoittelua harjoittelua, on hyvä jakaa harjoittelu eri toimintoihin, joita ovat Roxendalin mukaan: 1. suhde alustaan, 2. keskilinja, 3. keskusta, 4. hengitys, 5. virtaus ja 6. tietoinen läsnäolo. Keskeistä harjoittelussa on kohdistettu huomio, jonka kautta liikeharjoituksesta tulee tietoisien läsnäolon harjoitus. Liikeharjoitusta tehtäessä huomion voi kohdistaa itse harjoitukseen tai johonkin sen ominaisuuksista, joka voi olla joku kehominnan toiminnosta, harjoitteen muoto tai sen vaikutus kehoon. Kehotietoisuusharjoittelussa, on tavoitteena tulla tietoisemmaksi käyttäytymisestä, tavoista, elämän hallinta- ja käsittelykeinoista. Harjoituksissa keskitytään siihen, kuinka ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon ja kuinka keho vaikuttaa niihin. (Roxendal & Winberg 2002, 53, 62.)

Kehotietoisuusharjoittelun tavoitteena on myös yhdistää keho identiteettikokemukseen. Tässä ihminen kokee olevansa kokonainen kehossaan. Kun kokemus kokonaisuudesta yhdistyy lisääntyneeseen itsetuntemukseen, saa ihminen lisää itseluottamusta. Optimaalisessa tilanteessa ihminen ei silloin enää tarvitse oireitaan, vaan pystyy luopumaan niistä, tai ainakin tulemaan niiden kanssa toimeen. Harjoittelun osatavoitteena voi olla lisääntynyt kehotietoisuus: kyky tuntea kehoaan paremmin, ymmärtää sen antamia viestejä, tiedostaa paremmin kehonsa kykyjä ja rajoja, tunnistaa omaa liikkumistyyliään ja lisätä kehonhallintaa oppimalla harmonisia liiketapoja, yhdistää hengitystä ja liikettä sekä hallita lihasjännityksiä. Tätä kautta ihmisen usko omaan voimavaroihin voi lisääntyä. (Roxendal 1987, 32–33, 77.) Kehotietoisuusharjoitukset ovat yksinkertaisia ja

voivat tuntua aluksi oudoilta. Siksi työssäni joudun usein motivoimaan ja houkuttelemaan potilaita niiden kokeilemiseen ja omien tuntemusten kertomiseen sen jälkeen.

5.1 Suhde alustaan ja ankkurointi

Suhde alustaan ja tukipintaan luo perustan muulle liikkumiselle ja toiminnalle. Kun makaa maassa, voi asettaa koko painonsa kohti alustaa. Istuma-asennossa ja seistessä paino suuntautuu alaspäin luotisuoran kautta. Painon näkymätöntä voimavirtausta tasapainottaa ylöspäin suuntautunut voima, joka mahdollistaa pystyasennon. Turvallinen ankkurointi alaspäin on edellytys ryhdille, tasapainolle ja harmoniselle lihasjännitykselle. Yleensä pieni kontakti alustaan yhdistyy sulkeutuneeseen asentoon ja lisääntyneeseen lihasjännitykseen, kun jalkaterät ovat yhdessä. Jalkaterät erillään tukipinta on laajempi ja asento tasapainoisempi. Suhde alustaan ja ankkurointi ei ole vain fyysinen. Psykkisellä tasolla se käsittelee luottamusta alustan kantovoimaan. Kun ankkurointi toimii, se koetaan fyysisenä turvallisuutena, joka heijastuu myös henkiseen elämään. Vakaa seisoma-asento ja hyvä kontakti alustaan antaa itsevarmuutta. (Roxendal & Winberg 2002, 62–64; Roxendal 1987, 78–80.)

5.2 Keskilinja

Keskilinja alkaa pystyasennossa lattiasta nilkkojen välistä ja jatkuu kehon läpi ylös päälakeen. Tasapainoisessa asennossa kehon paino jakautuu tasaisesti keskilinjan molemmille puolille. Painovoimaa tasapainottaa ylöspäin suuntautunut asentoa ylläpitävä voima. Jos alaspäin suuntautuva voima hallitsee asentoa, eroaa se keskilinjasta siten, että mm. yläselän kyfoosi suurenee, niskan lordoosi korostuu, hartiat painuvat eteen ja polvet koukistuvat. Tällöin tietyt lihasryhmät jännittyvät liikaa ja toiset veltostuvat. Huono asento voi johtaa huonoon tasapainoon. Jos taas ylöspäin suuntautuva voima hallitsee, on suhde alustaan jännittynyt. Ihminen ei anna painon kohdata alustaa. Tämä aiheuttaa jännityksen kaikkialle perifeerisiin lihaksiin. Keskilinjan harjoitteet ovat usein samalla ankkuroinnin harjoitteita. (Roxendal 1987, 81–83.)

Hyvä ja tehokas asento vaatii rentoja lihaksia. Asennon ollessa hyvä, ihminen käyttää sen ylläpitämiseen syviä lihaksia, joiden lihassäikeet ovat lyhyitä ja ne vuorottelevat kokoaikaisessa ponnistelussa. Nämä lihakset eivät tuota suurta voimaa, mutta ne jaksavat työskennellä pitkäkestoisesti. Jos asento ei ole hyvä, sen ylläpitämiseen käytetään enemmän suuria perifeerisiä lihaksia. Niillä on pidemmät lihassäikeet, ja ne tuottavat suurempaa voimaa kuin syvät lihakset, mutta samalla niillä on myös rajallisempi kestävyys. Normaalisessa asennossa ilmenee tietty kaarevuus, pieni notko lanneselässä ja pieni köyry rintarangassa. Eroavaisuudet asennossa, kuten kohtuuton mutka tai kumarainen asento voivat aiheuttaa muutoksia keskilinjaan. Korostunut lannenotko ja suora rintaranka ovat poikkeuksia normaalista keskilinjasta. (Roxendal & Winnberg 2002, 64–67.)

5.3 Keskusta

Dropsyn mukaan kehosta voi erottaa ylemmän liikekeskuksen, eli ylävartalon, käsien ja pään alueen sekä alemman liikekeskuksen, eli alavartalon ja jalkojen alueen. Ylempään liikekeskukseen yhdistyy tunteet, luovuus, hengitys, hienomotoriikka ja kommunikaatio. Alemman liikekeskuksen vastuulla ovat tuki, turvallisuus ja liikkuminen paikasta toiseen. Ylä- ja alaosa ankkuroituvat samaan yhteiseen keskukseen, solar plexukseen pallean kiinnityskohtaan, joka on lähteistä riippuen noin 12 rintarikaman ja 3 lannenikaman välillä. Tällä alueella yhteisenä tekijänä ja voiman lähteenä ovat hengityksen ja sydämen rytmiset toiminnot. Yhteinen liikekeskus voi olla myös kokemusten ja tunteiden keskipiste ihmiskehossa. Esimerkiksi jännittyneisyys ja ahdistuneisuus voi tuntua usein hengityksen salpautumisena ja tälle alueelle kiinnittyvien lihasten, kuten lonkan koukistajien, leveän selkälihaksen ja vatsalihasten jännittymisenä. Suurin osa liikkeistä suoritetaan keskustasta alkaen. Silloin tarvitaan vain vähän apua perifeerisiltä lihaksilta. Mitä enemmän liikkeiden suorittamista harjoittelee keskustasta alkaen, sitä taloudellisempaa liikkuminen on ja sitä vähemmän energiaa vaaditaan. Keskustasta lähteviä tärkeitä liikkeitä ovat vartalon kiertoliikkeet keskilinjaan ympäri, kierto ja vastakierto, joka tulee havainnolliseksi erityisesti kävelyssä sekä erilaiset vartalon taivutukset, ojennukset ja raajojen liikkeet. Harjoi-

tukset, jotka vahvistavat liikekeskuksen toimintaa ja kokemusta sieltä alkavista liikkeistä yhdistetään usein myös hengitykseen ja ääneen. (Roxendal & Winnberg 2002, 68–70; Dropsy 1975, 107–109; Dropsy 1988, 69–70, 143–144; Roxendal 1987, 84.)

5.4 Hengitys

Tunteiden, kuten pelon ja ahdistuksen tukahduttaminen lisää jännitystä hengityslihakissa. Mikäli tunnetilan syytä ei selvitetä ja tilanne jatkuu, ihmisen ulkoinen olemuskin alkaa muuttua. Muutos voi näkyä asennossa, asentomallissa ja tavassa toimia. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 58.)

Monsenin (1992) mukaan psykiatriassa ei ole osattu hyödyntää elämyksistä ja asenteista kertovia kehon viestejä. Psykkisten ja fyysisten oireiden takana on usein samankaltaisia ongelmia, pitkäaikaista elämysten ja kokemusten kieltämisestä ja ilmaisukyvyn estymistä, jotka näkyvät esimerkiksi hengityksen pidättämisestä ja lihaskireyksinä. (Monsen 1992, 5-6.)

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

Osana BBATin harjoittelua on äänen käyttö. Hengitys on äänen moottori ja se reagoi äänen voimakkuuteen ja korkeuteen. Jos pyrkii hengittämään tietoisesti ”oikein”, voi samalla häiritä vapaata fysiologista hengitystä. Äänen tekeminen ulos hengittäessä voi auttaa hengityksen vapautumisessa. Ääniharjoitusten ensimmäisenä tavoitteena on havainnollistaa luonnollista hengitystä. Toisena tavoitteena niillä pyritään havainnollistamaan äänen luonnetta ja sen persoonallista ilmaisua. Kolmas tavoite on yhdistää hengitys ja liike, siksi osa ääniharjoituksista tehdään yhdessä liikeharjoitteiden kanssa. Ääni vapauttaa hengitystä ja

liikkeestä tulee tehokkaampi. Äänen tuominen kuuluvaksi antaa myös henkistä voimaa. (Roxendal & Winberg 2002, 84–88; Dropsy 1988, 100–122; Dropsy 1975, 98–100.)

5.5 Liikkeen virtaus

Liikkeen virtauksella tarkoitetaan liikkeen tasaista ja sulavaa etenemistä kehossa. Kehossa tapahtuva vapaa liikkeen virtaus tapahtuu rytmisesti ja se edellyttää vapaata hengitystä sekä harmonista yhteistyötä painovoiman ja asentovoiman välillä. Se antaa turvallisen ankkuroinnin alaspäin ja vapaan, rennon asennon ylöspäin. Tällöin asento ja tasapaino ovat automaattisia ja joustavia niin, että huomion voi kiinnittää liikkeeseen tai toimintaan. Jokaisella ihmisellä on oma persoonallinen rytmensä liikkua ja hengittää. Liikevirtausta havainnoidaan yhdessä alustasuhteen, keskilinjan liikekeskukset ja hengityksen kanssa. Kun ihminen ymmärtää harjoituksen ulkoisen muodon, voi hän täyttää sen sisällöllä. Tällöin voi etsiä sulavaa laatua liikkeeseen. Virtaavat liikkeet ovat pehmeitä ja joustavia. Jos virtaus puuttuu, liikkeet ovat kulmikkaita, äkillisiä ja tehottomia. Sekä ylös että alas suuntautuva voima voi estyä eri tasoilla kehossa. Estymistä voivat aiheuttaa esimerkiksi jännittyneet, lukossa olevat polvet, jännittyneet lonkat, ylikorostuneet tai pienentyneet rangan luonnolliset mutkat, jännittyneet hartiat tai niska. (Roxendal & Winnberg 2002, 75–76; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 272.)

5.6 Tietoinen läsnäolo

Tietoista läsnäoloa käytetään monissa identiteettiä vahvistavissa työmuodoissa. Se on edellytys sille, että harjoittelu tulee saavuttamaan koko ihmisen. Tietoinen läsnäolo tarkoittaa tarkkaavaisuuden suuntaamista juuri käsillä olevaan hetkeen. Henkilö havainnoi ja kuvailee kokemuksiaan, kehontuntemuksiaan, tunteitaan tai ajatuksiaan arvottamatta ja pyrkimättä muuttamaan niitä. Tietoista läsnäoloa voisi luonnehtia hyväksyväksi avoimuudeksi ja uteliaisuudeksi omille kokemuksille. Tietoisesta läsnäolon harjoituksissa havainnoidaan ja koetaan, eikä pyritä muuttamaan kehoa tietynlaiseksi, kuten esimerkiksi monissa rentou-

tusharjoitteissa. Ei ole helppoa olla huomiokykyinen. On tavallista, että harjoittelussa tulee tarkkaamattomaksi ympäristöään, ajatuksiaan tai tunteitaan kohtaan. Tarvitaan harjoittelua, jotta kyky keskittymiseen ja läsnäoloon kehittyy. Tietoinen läsnäolo on eksistentiaalisen tason toimintaa, mutta siihen kuuluvat kaikki neljä olemassaolon muotoa. Havainnoiva asenne rekisteröi ajatukset, tunteet ja kehon olosuhteet. Siten fyysiset olosuhteet ja henkiset ilmiöt ovat yhdessä huomattavissa. Silloin havainnoija ei tuota todella voimakkaita tunteita ja tuntemuksia, vaan voi ottaa vastaan ja hyväksyä omat havainnot säilyttäen kontrollin tilanteessa. Tietoista läsnäoloa harjoiteltaessa voi saada kontaktin myös omaan tahtoon. Kun minuus on tullut todelliseksi, on oma tahto tullut mahdolliseksi. (Käypähoito-suositus 2008; Roxendal & Winnberg 2002, 80–82.)

6 MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖ

Moniammatillinen tiimi on oppiva organisaatio, jossa opitaan yhteistoiminnallisesti. Oppivan organisaation työ perustuu viiteen oppimisen alueeseen. Nämä ovat 1. Henkilökohtaisen asiantuntijuuden laajentaminen luovasti ja muiden tiimin jäsenten rohkaiseminen itsensä kehittämiseen ja toiminnan jatkuvaan reflektointiin. 2. Tiimin yhteisesti jaetun vision luominen tavoitteineen ja keinoineen. 3. Keskustelun ja kollektiivisen ajattelun taitojen kehittäminen niin, että ryhmän älykkyys ja kyvyt kehittyvät suuremmiksi kuin yksittäisten jäsentensä kykyjen summa. 4. Systeemisen ajattelun kehittäminen, jonka avulla voidaan ymmärtää muuttuvia järjestelmiä tehokkaammin ja kyetä toimimaan suurempien prosessien suuntaisesti. 5. Tiimioppimisen synergia perustuu dialogiin ja keskusteluihin, jotka edellyttävät tiimityölle varattua aikaa. Tiimioppimisprosessin osat ovat kokemusten arviointi tiimissä, yhteisen ymmärryksen, vision, arvojen sekä jäsenten yhteistä ajattelua ja toimintaa ohjaavan sisäisen mallin syntyminen ja toimenpiteiden suunnitteleminen yhdessä. Varsinainen toiminta voi tapahtua kunkin tiimin jäsenen kohdalla erikseen, kunhan toimintaa koordinoidaan ja oppimisen lopputulos on yhteisen tavoitteen mukainen. (Senge 1994, Tyyskän 2002, 7 mukaan.)

Jokelainen ja Ramstad (2000) kuvaavat Tyyskän (2002) mukaan ideaalista tiimiä neljän kriteerin avulla. Määritelmässä tiimi ymmärretään mahdollisimman itseohjautuvana, kehityssuuntautuneena ja jäsentensä osaamista optimaalisesti hyödyntävänä työryhmänä, jossa yhteisesti sovitut toimintatavat ohjaavat työskentelyä tavoitteiden saavuttamiseksi. (Jokelainen & Ramstad 2000, Tyyskän 2002, 6. mukaan.)

Perinteisesti hyvin itsenäisesti työskentelevän fysioterapeutin asiantuntijuuden kehittyminen ja työtavan muuttuminen yhteisölliseksi toiminnaksi edellyttää oman toiminnan reflektoivaa havainnointia. Jos työryhmän jäsenet eivät tunne fysioterapeutin asiantuntijuutta, ei sitä osata täydellisesti hyödyntää tai sitä yritetään käyttää hyväksi esimerkiksi ohjaamalla fysioterapeutille sellaisia tehtäviä, jotka eivät edellytä fysioterapeuttista erityisosaamista ja joita pystyisivät muutkin potilaan hoitoon osallistuvat toteuttamaan. Fysioterapeutit kokevat Tyyskän

(2002) mukaan myös ajoittain riittämättömyyden tunnetta, joka liittyy velvollisuu-
teen toimia useilla fysioterapian erityisalueilla. Potilaiden oireiston vaikeutumi-
nen lisää osaltaan voimattomuuden kokemusta. Fysioterapeutit ovat kokeneet
myös työryhmien kokoukset joskus jäykkänä ja stressaavina. Fysioterapeutit
ovat kokeneet myös, ettei hoitohenkilökunta aina ehkä sitoudu omaan potilaa-
seen samoin kuin fysioterapeutit sitoutuvat. Vastuu potilaan kokonaishoidon
toteutuksesta on kehittymätön. (Tyyskä 2002, 6; 26; 28–29.)

7 MENETELMÄT

Tämän kehittämistehtävän lähtökohtana on empiirinen, kuvaileva case-tapaus esimerkkinä polikliinisen psykiatrisen potilaan psykofyysisestä fysioterapiasta. Työ antaa viitteitä aiheesta ja kuvaa psykofyysisen fysioterapian potilaskohtamisen kautta yleisempää ilmiötä. Kuten missä tahansa laadullisessa tutkimuksessa, tämänkin työn tulokset voivat olla havaitun ilmiön osalta siirrettäviä ja käyttökelpoisia myös jossain toisessa tilanteessa, mutta niitä ei voi yleistää mihinkään perusjoukkoon. Tässä työssäni kuvaan fysioterapeutin kokemuksia ja elämyksiä kyseisessä terapiatapauksessa, enkä pyri tulkitsemaan ja analysoimaan tuloksia tai saamaan aikaiseksi yleistettäviä tuloksia. (Koivula, Suihko & Tyrväinen. 2003. 15–17, 19.)

Kehittämistyössä tutkija pyrkii ymmärtämään syntyviä ratkaisuja toimintaan osallistuvien henkilöiden motiivien ja päämäärien kautta. Tutkijan rooli on haastava, sillä tavoitteiden asettamisesta huolimatta ratkaisut ja muutosmahdollisuudet voidaan löytää toiminnasta itsestään vain refleктоimalla ja purkamalla auki arjen rutiineja. Toimintatutkijan rooli on haastava, sillä lähestymistapa edellyttää sanallisen tai kirjallisen tuotoksen lisäksi todellisia arjessa tapahtuvia kokeiluja muutosten aikaansaamiseksi. Mirja Antila (2012) kuvaa väitöstutkimuksessaan toimintatutkijan roolia ”tuntijuutena”. Tuntijuuteen liittyy paljon ajattelua ja intuitiivista asioiden tunnistamista. Tuntijuus edustaa kokemusta, asiantuntijuutta ja herkkyyttä poimia asioita ja havaintoja. Tarkasteluun otettava aines liikkuu teorian ja käytännön välillä. (Antila 2012, 93–95.)

Omien havaintojen ja kokemusten apuna olen käyttänyt reflektiopäiväkirjaa. Reflektio voi olla tietoista asian pohtimista tai tiedostamatonta intuitiota. Se voi olla myös prosessi, jolla ei ole ilmeistä ratkaisua. Reflektiivisillä oppimispäiväkirjoilla on voi olla useita tarkoituksia yksilön omakohtaisesta kirjoitusprosessista muodolliseen koulutukseen liittyviin tilanteisiin. Usein oppimispäiväkirjat ovat kuitenkin välineitä yksilön kokemusten tallentamiseen. Reflektiopäiväkirjassa yksilö prosessoi omaa oppimistaan peilaamalla kokemuksiaan tutkimustietoon ja sitä kautta päätöksentekoon. (Kapanen & Pääkkönen, 2008. 9-10, 12.)

8 TOTEUTUS

Tarkoitukseni oli alun perin tehdä kehittämistehtäväni nuorisopoliklinikan anoreksiapotilaille suunnatusta fysioterapiaryhmästä, jota olisin ohjannut yhdessä poliklinikan toimintaterapeutin kanssa. Teimme tammi-helmikuun 2012 aikana toimintaterapeutin kanssa suunnitelmia ryhmän toteuttamisesta ja pyysimme poliklinikan terapeutteja markkinoimaan ryhmää omille potilailleen. Ryhmän oli tarkoitus alkaa huhti-toukokuussa, mutta maaliskuussa kartoittaessamme potilaita haastatteluihin, emme saaneet kuin kaksi ryhmästä kiinnostunutta potilasta. Siispä kehittämistehtäväni aihe muuttui ja päätin tehdä sen kuvaamalla polikliinista fysioterapiaprosessia fysioterapeutin itsensä näkökulmasta. Menetelmäksi valikoitui reflektiopäiväkirjan pitäminen yhden fysioterapiapotilaan fysioterapiasta ja prosessin analysoiminen ja kuvaaminen sitä kautta. Potilas kävi fysioterapiassa yhteensä yhdeksän kertaa huhtikuun ja syyskuun välillä.

Tehtävän tekeminen jumittui osaltani pitkäksi aikaa, koska pettymys alkuperäisen suunnitelman mukaisen ryhmän kariutumisesta oli iso ja se vähensi omaa motivaatiotani suuresti. Pidin päiväkirjaa työhöni valikoituneen potilaan fysioterapiasta, mutta muutoin työ oli pysähdyksissä kevätkauden ajan. Syksyllä päätin saada työn tehtyä ja aloin kirjoittaa sitä systemaattisesti. Omissa päiväkirjamerkinnöissäni moniammatillisen yhteistyön merkitys nousi hyvin keskeiseksi. Tämän työstäminen jäi loppuvaiheessa ajan puutteen vuoksi hieman vähäiseksi ja jouduin tästä syystä turvautumaan paljon toissijaisiin lähteisiin.

Kehittämistehtäväni kuvaa fysioterapiaprosessia ja omia tuntemuksiani. En työssäni mainitse potilaasta muuta kuin joitakin esitietoja, jotka ovat välttämättömiä työni lukijalle työn ymmärtämiseksi. Olen saanut Kysin psykiatrian palveluyksikön ylihoitajalta luvan kehittämistehtävän tekemiseen. Lisäksi sain tehtävässäni kuvaamaani prosessiin kuuluneelta potilaalta suullisen luvan tehtävän kirjoittamiseen.

Fysioterapialähete kehittämistehtävääni valikoituneesta potilaasta tuli helmikuun alkupuolella. Lähetteen mukaan toisella asteella opiskeleva nuori on hoidossa nuorisopsykiatrian poliklinikalla ahdistuneisuuden vuoksi. Hän on hymytön ja kireä. Hänellä on somaattisia oireita. Lisäksi lähetteen mukaan nuoren on arvi-

oitu hyötyvän jonkinlaisesta rentoutusohjauksesta. Fysioterapian pystyin aloittamaan potilaan kanssa huhtikuun lopussa. Seuraavassa kuvaan terapiatilanteita sekä omia kokemuksiani terapiaprosessin ajalta reflektiopäiväkirjamerkinnoistäni.

Huhtikuu, potilaan ensimmäinen fysioterapiakäynti

Jännittää...10 minuuttia ja kaikkien aikojen toinen polikliininen potilaani tulee ensimmäiselle fysioterapia-ajalleen aika epämääräisellä oirekuvalla. Mitä osaan tämän kanssa tehdä? Ei ole hoitotiimiä tukena, eikä mahdollisuutta kysyä hoitajilta potilaan tämän päivän ja viikon vointia. Lähetä ei kerro paljoakaan ja lääkärin toive rentoutumisesta on melko yleispiirteinen. Ehkä ahdistuneelle potilaalle pitäisi ohjata enemmänkin ahdistuksenhallintakeinoja, omien tuntemusten havainnointia ja terveyslähtöistä ajattelumallia. Usein ahdistunut on jännittynyt ja se on suojakeino. Jos häneltä viedään suoja pois, eikä anneta mitään tilalle, saattaa tilanne jopa pahentua. Pitänee yrittää mennä perinteisellä, eli alkukyselyä, tutustumista ja vähän BBATin aloittelua, siinäpä se terapia-aika meneekin. Jos sieltä jotain nousee esille, niin sitten tartutaan siihen kiinni.

Huh! Selvisin ja tilanne meni ihan ok. Jotenkin etäinen kuva potilaasta jäi, vaikka hän näennäisesti olikin mukavasti kontaktissa. Hän kertoi kyllä oireistaan, mutta kuvasi niitä aika pintapuolisesti. Ikään kuin vältteli somaattisista oireistaan puhumista, mutta kuvasi niitä BAS-lomakkeessa. Enemmän sain kuitenkin oireista tietoa hänen omalta terapeutiltaan. Toisaalta tämä oli vasta ensimmäinen tapaaminen. Jospa hän ajan myötä rohkaistuisi kertomaan enemmänkin. Urheilusta ja harjoittelusta päästiin mukavasti keskustelemaan, onneksi oli jotain sellaista, johon napata kiinni ja josta potilaskin on kiinnostunut. Seisominen oli jäykkää ja korostettua, ehkä sellaista nuorelle miehelle tyyppillistä vatsa sisään – rinta ulos. Kuitenkin jollakin tavalla liikkeeseen löytyi myös joustavuutta. BARSin käyttö ja liikkeen arvioiminen tuntuu haastavalta. Miten erotella pieniä vivahteita liikkeen laadusta? Olisi hyvä päästä tekemään arviota yhdessä jonkun toisen kanssa, mutta siihen meillä ei valitettavasti kollegan kanssa ole aikaa, että arvoisimme samaa potilasta yhtä aikaa. Täytyy tehdä omaa liikeharjoittelua nyt aktiivisesti ja ajatella miltä liike näyttäisi ulospäin. Annoin potilaalle omatoimiseksi harjoitteeksi seisoma-asennon etsimistä ja omien tuntemusten kuuloste-

lua siinä. Saa nähdä tekeekö hän, vai kokeeko tällaisen harjoitteen aivan turhana, koska se on näennäisen helppo.

Toukokuun alku, toinen fysioterapiakäynti.

Olin yllättynyt, että potilas oli tehnyt omatoimisesti asennon kuuntelua ja huomannut siinä painon asettuvan tasaisemmin molemmille jaloille. Lisäksi hän tunnisti seisovansa usein polvet ja jalat jäykkänä. Tunneyhteyttä hänen on hankala löytää, enkä tiedä miten häntä voisi siihen ohjata. Kenties se vie aikaa. Kuitenkin hän kertoi ihan hyvin fyysisiä tuntemuksia jalkojen jännittyneisyydestä ja painon jakautumisesta. Tehtiin lisää BBATia, tällä kertaa seisten ja makuulla. Aika hyvin potilas ottautui harjoitteisiin ja välillä jopa haukotteli. Seisoma-asennossa löytyi keskilinjaa ja hieman joustoa, makuulla venytyksessä on katko lantion ja jalkojen välillä, mutta liike lähtee kuitenkin keskustasta ja tapahtuu melko pehmeästi. Asymmetrisessä venytyksessä liike jatkui paremmin myös jalkoihin asti. Potilas koki harjoitteet rentouttavina, enkä lähtenyt suuremmin ohjailemaan, että kyseessä ei ole rentoutus, vaan oman kehon tiedostaminen. Rentoutuminen harjoitteiden aikana on pääsääntöisesti hyvä asia, kunhan ei ihan nukahda. Minulla on epävarma olo siitä, miten antaa kotiharjoitteita ja neuvoako tarkasti, vai ei. Päädyin sanomaan, että valitsee itse näistä harjoitteista ne liikkeet, joita haluaa tehdä. Kuitenkin polku on vasta aluillaan. Lisäksi olen epävarma siitä, ohjatako keskustelua ja kysyäkö tarkasti oireista joita tiedän potilaan oman terapeutin kertoman mukaan olevan, vai odotellako, että potilas ottaa asian itse esille. Annoin omatoimiseksi harjoitteeksi mahdollisuuden valita nyt tehdyistä liikkeistä yksi tai muutama mieluisinta. En halunnut ohjailla häntä liikaa tekemään jotain tiettyä. En myöskään halunnut antaa ohjeita paperilla, koska parempi olisi että hän tekisi niitä itse ja oppisi sitä kautta muistamaan ja sisäistämään ne oikeasti.

Viikko edellisestä, kolmas fysioterapiakäynti.

Tänään potilas kertoi edellisellä kerralla tunteneensa somaattisia oireitaan ja arveli itse syyksi kouluun palaamisen loman jälkeen ja siellä olleen esityksen, jota hän jännitti. Hän kertoi viimekertaisen harjoitteiden jälkeen tunteneensa olonsa rennommaksi ja sanoi selvinneensä koulussa ihan hyvin. Hän kokee

omatoimisessa harjoittelussa tasapainon löytyvän paremmin molemmille jaloille ja hengityksen kulkevan vapaammin. Tehtiin tänään BBAT-harjoitteita seisten ja istuen. Potilas tekee yksin tehtäviä liikkeitä näennäisen hyvin. Liikkeet ovat tasapainoisia, joustoa ja virtausta näyttäisi löytyvän. Istumisessa hänen vertikaaliakselinsa oli vähän epätasapainoinen, mutta hän löysi itselleen mukavan tunteisen asennon, enkä lähtenyt sitä sen suuremmin ohjaamaan. Ehkä hän seuraavalla kerralla tai itsenäisesti harjoittellessaan tunnistaa myös sen jossain vaiheessa. Istumisessa hänen hengityksensä oli tasaista ja hän koki jalat painottomina. Pariharjoitteessa hän ei ottanut katsekontaktia, vaan katsoi seinään ja rytmi sekoittui välillä. Liikkeen johtaminen oli hänelle seuraamista helpompaa. Tässä ehkä näkyy Dropsyn teorian mukainen luontevan kontaktin puuttuminen ympäristöön ja toisiin ihmisiin. Hänen omat havainnot keskittyvät hyvin paljon somaattisiin tuntemuksiin. Jää jotenkin sellainen kuva, että hän ei pysty kertomaan aivan kaikkea mitä mielessä pyörii ja piilottaa ne ajatukset somaattisten havaintojen taakse. Tätä käytiin työnohjauksessa läpi. Onneksi potilaalla on omana terapeuttina psykologi, jonka kanssa hänellä on hyvä kontakti. Tarvitsisin oman työn hahmottamiseksi kyllä enemmän yhteydenpitoa ja yhteistyötä potilaan terapeutin kanssa. Kun vain olisi aikaa osallistua polin tiimeihin tai raportteihin, niin tietäisi paremmin, missä potilaan kanssa mennään. Yritin katsella sähköisestä potilastietojärjestelmästä muita kirjauksia, mutta siellä ei ole mitään. Viimeisin teksti-osion kirjaus on ennen fysioterapian alkua kirjoitettu ja hoitopäiväkertomuksessakin viimeisimmät merkinnät ovat minun tekemiäni.

Jotenkin tuntuu olevan aivan liian kiire! Potilaita potilaiden perään, kirjaamiset tulee tehtyä liian kiireesti ja lausunnot viipyvät. On todella ahdistavaa ja stressaavaa. Jossain välissä pitäisi vielä yrittää tehdä oman työn suunnittelua, yrittää hoitaa meille annettuja juoksevia asioita osastojen hankinnoista, koko talon eristämistilanteiden ehkäisyyn käytettävien välinehankintojen suunnittelusta ja osallistua tällä hetkellä toisarvoisilta tuntuviin palavereihin ja työryhmiin, kun ei ehdi edes potilastyötä tekemään kunnolla. Näkisin itse tärkeämpänä potilaiden tiimeihin ja hoitokokouksiin osallistumisen, kuin sen että fysioterapeutit yrittävät ilman hallinnollista koulutusta päättää Kys-tasolla minne ja minkä verran palveluita rajallisista resursseista tarjotaan ja opiskelevat lääkehoidosta jotain läihoidtajien lääkkeenanto-oikeuksia ja lääkkeiden säilytystapoja, jotka eivät kuitenkaan kosketa omaa työtä millään lailla. Ymmärtäisin lääkkeiden erojen ja vaiku-

tusmekanismien opiskelun, koska siitä olisi oikeasti hyötyä työssä. Tämä ahdistus johtunee suurelta osin siitä, että perustyöhön on aivan liian vähän aikaa kailta oheistyöltä. Ja sitä perustyötäkin on kahdelle fyssarille liikaa tällä hetkellä.

Toukokuun puoliväli, neljäs fysioterapiakäynti

Miten ohjaisin??? Antaako potilaan itsensä löytää liike, vai antaako hänelle vinkkiä siitä, mitä liikkeellä haetaan... kumpiko olisi parempi? Oikoa vai antaa aikaa? Harjoitteiden sanoittaminen olisi varmaan tärkeää, jotta potilas pystyisi prosessoimaan kokemuksiaan ja yhdistämään niitä arkipäivän tilanteisiin. Tehtiin harjoitteita lattiatasossa ja istuen. Istuen potilaan keskilinja on hieman hakuksessa ja hän kertoi omatoimisesti harjoitellessaan selän väsyvän helposti. Makuulla ylävartalossa liike oli aika jännittyneen näköistä. Tänään en ollut oikein tyytyväinen itseeni. Edellinen potilastilanne painoi mielessä. Olin todella ärsyyntynyt sen tilanteen jälkeen. Suorastaan kiehuin, kun palasin kyseisen potilaan kanssa osastolle. Pahinta oli se, että minulla ei ollut kunnolla aikaa käsitellä ja nollata sitä tilannetta ennen seuraavaa potilasta. Olin rauhaton, keskittyminen oli hankalaa ja mielessä pyörivät väärät asiat. Taas huomasi sen, miten tärkeää on, että potilaita ei tule liian tiiviillä aikataululla. Ja sen miten raskasta henkisesti on ohjata psykofyysisiä harjoitteita, joissa oman keskittymisen ja läsnäolon pitäisi olla tosi vahvoja. Kuten Jacques Dropsy on ohjaamisesta sanonut: "One eye in, one eye out." Ohjaajan tulee keskittyä sekä itseensä ja omaan tekemiseen että ohjattavaan. Vain toiseen keskittyminen ei tuota hyvää tulosta. Sitä se läsnäolo on. Mietin välillä, että mitä fysioterapialla oikein saadaan aikaan ja hyödyttääkö se potilasta mitenkään. Hän kyllä käy ajoillaan tunnollisesti, mutta onko se vain tunnollista suorittamista, vai onko siitä oikeasti hyötyä? Harjoitteissa tulee esille tasapaino, peruskoordinaatio ja liikesuunnat. Niissä potilaalla ei ole suuria puutteita. Suhteessa itseensä ja toisiin on ehkä jonkin verran jäykkyyttä ja vaativuutta, mutta nyt hänestä alkaa löytyä myös jonkinlaista rentoutta. Ehkä harjoitteet kuitenkin purevat...

Toukokuun loppu, viides fysioterapiakäynti.

Edellinen kerta ei mennyt omalta osaltani ihan putkeen, koska aikaisempi potilastilanne painoi mielessä ja terapia-aikojen välillä ei ehtinyt käsittelemään sitä.

Onneksi sain jälkeinpäin juteltua siitä potilaasta osaston hoitohenkilökunnan kanssa. Se avasi minulle kyseisen potilaan taustoja ja toisaalta tajusin omien reaktioiden nousevan osittain omista ihmissuhteista ja niissä koetuista asioista. Potilaan toiminta oli vastaavanlaista kuin vaikeat ja ärsyttävänä kokemani tilanteet omassa menneisyydessäni. Tätä en tajunnut siinä hetkessä, mutta sen ymmärtäminen on auttanut myöhemmin kyseisen potilaan kanssa työskentelemistä.

Tällä kertaa minulla oli aikaa hengähtää pieni hetki ja ennätin jopa lukemaan nyt tulevan potilaan hoitokertomusta tietojärjestelmästä. Siitä tosin ei ollut mitään hyötyä, koska viimeisin merkintä on minun edelliskertainen fysioterapiakirjaus. Olin tänään myös yhteydessä potilaan omaan terapeuttiin ja se keskustelu vahvisti käsitystä siitä, että fysioterapiassa ollaan oikeilla jäljillä. Terapeutti on pystynyt keskustelemaan potilaan kanssa aiempaa paremmin myös vaikeista asioista ja potilaan toimintakyky näyttäisi menevän eteenpäin. 😊 Tänään potilas kertoi ahdistuneisuuden lievittyneen ja sanoi pystyvänsä olemaan rennommin oma itsensä. Hän kokee hyötynensä fysioterapiasta ja on motivoitunut jatkamaan vielä kesän yli. Sovittiin että tavataan kesällä kaksi kertaa vähän pidemmällä väleillä. Olin itse edellistä kertaa rennompina ja paremmin valmistautunut. Minulla oli suurin piirtein mielessä asioita, joita voisimme tänään tehdä ja joista keskustella. Loppu terapiasta tuli sitten siitä, mitä potilas tuotti ja oli hänestä itsestään lähtöisin. Tehtiin tänään kehotietoisuusharjoitteita lattiatasossa, potilas teki niitä ilman mattoa ja koki saavansa paremman kontaktin alustaan. Hän pystyi erittelemään tunteuksia eri kehon osissa ja kertoi vähän soveltaneensa ohjattua kehon kuulosteluharjoitusta selinmakuulla. Tuntuu, että hän alkaa oivaltaa aika hyvin, mistä harjoittelussa on kyse. Lopuksi tehtiin istumis- ja tietoisuustaitoharjoitus polvi-istunnassa jakkaralla. Sen aikana potilas koki pystyneensä jättämään muut ajatukset sivuun ja keskittymään vain olemiseen ja omaan hengitykseensä.

Kesäkuun puoliväli, kuudes fysioterapiakäynti.

Potilas oli tänään keskittyneemmän oloinen kuin aiemmin. Hän myös teki harjoitteita rennommin ja joustavammin. Hänen omista kuvauksissaan löytyi nyt myös muitakin kuin fyysisiä ulottuvuuksia. Tänään myös oma ohjaaminen tuntui

hyvältä. Sain poimittua liikkeiden kuvauksiin vähän potilaan omia sanoja, kun hän sai kuvattua tuntemuksia liikkeistä. Itsellenikin jäi tästä kerrasta hyvä ja vahva olo. Muutenkin tänään on ollut hyvä päivä. Aamulla ohjaamassani ryhmässä oli innostuneita potilaita ja tänään on ollut sopivasti tekemistä. Kaksi aamujumppaa aikuisosastoilla ja sen jälkeen oli vanhuspsykiatrian osaston tasapainoryhmä. Sitten olikin puhelinaika ja ennätin kirjoittamaan valmiiksi liian pitkään roikkuneen fysioterapialausunnon ennen ruokataukoa. Ruoan jälkeen oli yksi potilastilanne, jonka kirjaamisen jälkeen oli puoli tuntia aikaa rauhoittua ja valmistautua tähän tilanteeseen.

Kaiken kaikkiaan kolmesta neljään potilastilannetta tai ryhmää tuntuisi olevan maksimi yhdelle päivälle. Paljon riippuu myös potilasaineksesta. Minulla on ollut nyt kevään aikana vähän liian monta syömishäiriöpotilasta samaan aikaan. Välillä menevät ihmiset sekaisin, eikä meinaa muistaa mitä kenenkin kanssa on tehty, kun oirekuvat ja ihmiset ovat kovin samankaltaisia. Silloin erityisesti korostuu tauotuksen tarve päivässä ja myös potilaiden aikojen rytmitys siten, että samanlaisia tapauksia ei tulisi paljoa samalle päivälle. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista, koska potilailla on osastoilla muitakin juttuja ja syömishäiriöisillä usein vielä ruokailuiden jälkeen lepoajat, jotka kestävät n. 30 minuuttia. Jos potilaalla on aamupalan jälkeen lepo klo 8–8:30, lounaan jälkeen klo 12:00–12:30 toinen lepo ja päiväkahvin jälkeen klo 13:15–13:45 kolmas lepo, niin eipä päivään paljoa muuta mahdu kuin ruokailuja ja lepoja. Varsinkin sellaisina päivinä, jolloin on itsellä vielä ryhmiä ohjattavina vakioituihin aikoihin, tuntuu välillä melkein mahdottomalta saada kaikille syömishäiriöisille edes yhtä terapia-aikaa viikossa.

Heinäkuun alku, seitsemäs fysioterapiakäynti.

Potilas on selvästi tehnyt omatoimista harjoittelua. Hän muistaa harjoitteet, tekee niitä sujuvasti ja kykenee tekemään niiden aikana uudenlaisia havaintoja itsestään. Potilaan fysioterapiajakso alkaa olla loppuillaan. Huomaan itsessäni luopumisen tuskaa ja epävarmuutta siitä, minkä verran terapiaa pitäisi vielä jatkaa ja miten. Tarvitseeko hän vielä minua ja minkä verran? Vai yritäkö tehdä itsestäni tarpeellista, vaikka potilas pärjäisi jo omillaan? Taas tarvitsisin työryhmää ja vaikka yhteistä tiimiä tai hoitoneuvottelua, jossa kuulisin myös muiden

ajatuksia potilaan voinnin kehittymisestä. Jään itse nyt kuukaudeksi lomalle, mikä tuo tauon terapiaan. Miten kertoisin potilaalle, että nyt jakso on loppumassa? Olisi ehkä heti alussa pitänyt määrittää että fysioterapiaa on tämän ja tämän verran. Toisaalta sitä ei voi ensimmäisellä kerralla koskaan tietää, mistä potilas hyötyy ja onko tarpeen jatkaa vielä lisääkin alun perin sovitusta. Ehkä jatkossa olisi hyvä sopia, että kokeillaan esim. 2–4 kertaa ja jos siitä näyttää olevan apua, jatketaan fysioterapiaa noin 10 kertaan asti. Omatoimisia harjoitteita kannattaa näköjään antaa aika nopeasti ja aloittaa helpoista. Sitten on mahdollisuus lopussa harventaa käyntejä ja antaa potilaalle tunnetta omasta pystyvyydestä enemmän. No nyt ei sovittu uutta aikaa, mutta lomani jälkeen arvioidaan vielä, olisiko tarvetta muutamalle käynnille ja harjoitteiden kertaamiselle.

Syyskuun alku, kahdeksas fysioterapiakäynti.

Sovimme vielä kaksi fysioterapia-aikaa tilanteen kartoittamiseksi ja omatoimisen harjoittelun kertaamiseksi. Potilas on tehnyt selvästi harjoitteita omatoimisesti myös pidemmän tauon aikana. Harjoitteet sujuvat hyvin, liikkeet ovat tarkoituksenmukaisia, joustavia ja virtaavia. Ainoastaan pariharjoitteissa hänen on välillä hankala säilyttää kontaktia pidempään samaa liikettä tehtäessä. Potilaan toimintakyky vaikuttaa alkutilannetta paremmalta ja hän on muutenkin valoisamman oloinen. Somaattisia oireita on toisinaan koulussa, mutta hän pärjää niiden kanssa. Tuntuu siltä, että potilas pärjää nyt muutenkin melko hyvin ja on hyvillä mielin lopettelemassa fysioterapiaa. Onneksi näin, koska olisi tosi vaikeaa sanoa takertuvammalle potilaalle, että nyt tämä loppuu. Kuitenkin potilasruuhka on niin kova, että on pakko saada lopeteltua joitakin fysioterapiajaksoja, jotta pystyisi ottamaan uusia tilalle.

Syyskuun puoliväli, yhdeksäs fysioterapiakäynti.

Tämä oli potilaan viimeinen fysioterapiakäynti. Kertasimme omatoimisia harjoitteita ja teimme vielä Roberto Assagiolin ajatusharjoitteen olemassaolon eri puolelta. Istumiseen yhdistetyssä äänenkäyttöharjoituksessa potilas pystyi nyt ensimmäistä kertaa tuottamaan ”MMM” -ääntä. Aiemmin hän ei ole pystynyt sitä tekemään. Yhteenvedona: Potilas on käyttänyt sekä fysioterapeuttin että psyko-

login (oma terapeutti) aikansa tunnollisesti, pystynyt vähentämään lääkkeen käyttöä ja lopettanee sen kokonaan. Potilaan elämä on sujunut mukavasti, hänen toimintakykynsä on psykologin mukaan erinomainen, koulunkäynti, urheiluharrastukset, seurustelu ja muut asiat sujuvat hyvin. Potilas tunnistaa somaattisia oireita stressaavien asioiden lähestyessä, mutta luottaa siihen että ne rauhoittuvat homman hoiduttua. Tulevaisuuden suunnitelmia potilaalla on lukion jälkeisten opintojen suhteen. Hänen mielialansa näyttäytyy hyvänä ja tasaisena. Potilas on tyytyväinen elämäänsä.

9 YHDEN POTILAAN FYSIOTERAPIAN KUVAUS

Fysioterapia alkoi potilaan esitietojen ja hänen itse kokemiensa ongelmien kartoittamisella. Tähän käytettiin apuna muunneltua BAS -lomaketta, jossa on jätetty pois kolme alkuperäisessä BAS -kyselyssä ollutta kysymystä ja muita kysymyksiä on muokattu positiivisempaan suuntaan (Liite 1.), ja vapaata haastattelua. Näissä potilaan itsensä kokemina ongelmana tulivat esille somaattiset tuntemukset, jotka hän yhdisti stressaaviin sosiaalisiin tilanteisiin. Lisäksi potilaasta välittyi hyvin suorituskeskeinen ajattelutapa lähes kaikilla elämän osa-alueilla. Omina tavoitteina hänellä oli saada apua ja tukea somaattisiin vaivoihin. Potilaan kehon käyttöä ja liikehallintaa arvioitiin BARS-testin skaalan mukaisesti koko fysioterapiaprosessin ajan (Liitteet 2 ja 3).

Fysioterapiassa käytettiin muun muassa liitteessä 4 esiteltyjä Basic Body Awareness -terapian harjoitteita. Harjoittelussa keskityttiin liikkeen pehmeään ja rauhalliseen suorittamiseen sekä kehon aistimusten tunnistamiseen. Fysioterapiassa toistettiin usein samoja harjoitteita peräkkäisillä kerroilla, jotta potilas saattaisi havaita erilaisia tuntemuksia samojen liikkeiden aikana ja oppisi havainnoimaan itseään. Jokaisella terapiakerralla tehtiin myös jotain uutta tai tuttua harjoitetta hieman erilailla toteutettuna. Harjoittelussa kuunneltiin myös potilaan omia toiveita ja tehtiin useammin hänen hyvänä kokemiana harjoitteita. Terapiajakson lopulla suunnattiin ajatusta yksittäisistä harjoitteista enemmän harjoitteiden ja itsensä tarkkailun yhdistämiseen päivittäisiin toimintoihin. Tässä käytettiin apuna esimerkiksi liitteessä 5 esiteltyä mielikuva- ja ajatusharjoitusta olemassaolon eri puolista.

Prosessin alussa potilas suoritti liikkeitä hyvin voimakkaasti ja epätarkoituksellisesti, mutta muutaman fysioterapiakerran jälkeen hänen kehon käyttönsä harjoittelussa alkoi muuttua joustavammaksi, virtaavammaksi ja kokonaisuudessaan sujuvammaksi. Potilaalla oli alusta alkaen hyvä motivaatio harjoitteluun. Sen pystyi tunnistamaan muun muassa siitä, että hän teki harjoitteita säännöllisesti myös kotona. Omatoimisen harjoittelun toteuttamisessa oli havaittavissa potilaalla fysioterapiaprosessin loppupuolella myös aktiivisuutta harjoittelumotivaatiossa. Hän etsi itsenäisesti hänelle sopivia tapoja toteuttaa harjoit-

teita ja havaitsi pystyvänsä yhdistämään niitä päivittäisiin toimintoihin. Potilaan toimintakyky lisääntyi prosessin aikana. Ahdistukseen liittyvät somaattiset oireet eivät poistuneet kokonaan, mutta hän pystyi lopussa selviytymään alkutilannetta paremmin niiden kanssa. Potilas kykeni myös hellittämään hieman suorituskeskeisestä ajattelutavastaan. Hän pystyi toimimaan joustavammin erilaisissa elämäntilanteissa, kuuntelemaan paremmin omia voimavarojaan ja hyväksymään sitä, että joskus kohtuullinen suoritus voi riittää. Pelkkä fysioterapia tuskin vaikutti näihin, vaan tärkeässä roolissa potilaan voinnin kohentumisessa oli myös potilaan tapaamiset terapeutina toimivan psykologin kanssa.

Fysioterapiaprosessin aikana itselläni oli usein epätietoinen olo potilaan voinnin edistymisestä. Harjoittelun lomassa käydyistä lyhyistä keskusteluista ei aina saanut paljoakaan irti ja potilastietojärjestelmän kirjauksissa ei aina näkynyt potilaan muita terapiakäyntejä, enkä ehtinyt niitä edes joka kerta ennen terapiaa lukemaan. Siksi säännöllinen yhteydenpito muihin potilasta hoitaviin henkilöihin olisi tulevaisuudessa tärkeää. Työnohjaus auttoi sietämään epävarmuutta ja omat pienet havainnot sekä potilaan oman terapeutin kertomat havainnot potilaan voinnin kohenemisesta tukivat käsitystä siitä, että fysioterapiasta oli hyötyä potilaalle. Työssä kuormittumisen hallinta ja liian kiireiset työpäivät toivat myös haastetta terapiasuhteeseen ja fysioterapian toteuttamiseen. Terapiajakso vaikutti olevan potilaalle sopivan mittainen ja se päätettiin potilaan kanssa yhteisellä sopimuksella.

10 POHDINTA

Hoitosuhde rakennetaan kahden henkilön molemminpuolisen työn kautta, eikä ulkoa ohjautuvista tekijöistä lähtien. Terapeutin ja potilaan virittäytyminen toinen toisensa mielen todellisuuteen määrittää keskeisellä tavalla suhdetta ja auttaa hahmottamaan terapiaprosessin kehitystä. Kun osapuolet mieltävät terapian yhteiseksi tehtäväksi, potilaan ja terapeutin jaetusta todellisuudesta aukeaa mahdollisuus saada selvempi kuva potilaan ongelmista ja niihin vaikuttavista menneistä ja nykyisistä olosuhteista. (Lehtonen 2011, 151.)

Fysioterapeutin työnkuva on haastava ja monipuolinen. Työn monipuolisuus korostuu psykiatrisessa fysioterapiassa, jossa useimmiten ei ole olemassa valmiita toimintamalleja, vaan jokaisen potilaan kohdalla harjoittelu lähtee siitä, mitä kyseinen potilas itse tuottaa ja kykenee tekemään. Hyvin haastavia itselleni ovat erityisesti nuorisopsykiatrisessa työssä aika tyypilliset tilanteet, joissa potilas ei prosessin alkuvaiheessa saa kerrottua itse juurikaan ongelmistaan, tuntemuksistaan ja toiveistaan. Tällöin fysioterapeuttina joutuu vain arvailemaan, etsimään ja kokeilemaan erilaisia harjoitteita ja kuulostelemaan, miten potilas niihin suhtautuu ja miten ne vaikuttavat. Tämä saattaa tuntua jopa turhauttavalta, kun edistystä ei näytä tapahtuvan ja terapeutti ei saa kuvaa siitä, onko fysioterapiasta hyötyä vai ei. Olen käynyt tätä asiaa paljon läpi myös työnohjauksessa. Kuitenkin se, että polikliininen potilas saapuu toistuvasti fysioterapia-ajoilleen, eikä jätä niitä käyttämättä, tarkoittaa yleensä sitä että hän kokee saavansa jotain fysioterapiasta.

Polikliinisessä työskentelyssä fysioterapiaprosessin kesto aiheuttaa päänvaivaa. Potilaan terapiaprosessia ei haluaisi katkaista heti, kun hän alkaa päästä hieman jyvälle siitä mitä harjoittelu on ja hänen kokemusmaailmansa alkaa aueta. Toisaalta terapioiden pitkittyessä potilasjonot kasvavat ja muut fysioterapiaa tarvitsevat potilaat joutuvat odottamaan. Kuopion alueella ei ole tällä hetkellä yksityisen sektorin fysioterapeutteja, jotka toteuttaisivat fysioterapiaa psykofyysisellä lähestymistavalla. Julkisella sektorilla Kuopion psykiatrian keskuksella (KPK) on kaupungin terveystieteiden keskuksen fysioterapeutti joka tätä tekee, mutta hänen potilaansa ovat vain KPK:n asiakkaita ja hänelläkin on kalenteri täynnä

useita kuukausia eteenpäin. Lisää työntekijöitä siis tarvitaan, koska psykofyysiselle fysioterapialle on selkeästi tarvetta ja kysyntää psykiatrisessa hoidossa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella.

Epävarmuuden sietäminen ja luottamus siihen, että kehollisista harjoitteista on potilaalle hyötyä, ovat olennainen osa omaa työssä jaksamista. Kovassa potilasruuhkassa tulee helposti houkutus lyhentää fysioterapiajaksoja. Kuitenkin kehotietoisuusharjoittelun oppiminen ja sen avautuminen on lähes poikkeuksetta hidaskokemus, jota ei voi nopeuttaa. Harjoitteet täytyy tehdä ja kokea itse. Omakohtainen kokeminen on avainasia sekä kehotietoisuuden ohjaamisessa että oppimisessa. Jacques Dropsyn sanoin: ”Övningar är bra om du gör dem. Att bara lära sig dem ger ingenting.”, ”Harjoitteet ovat vaikuttavia vain, jos niitä tekee. Pelkästään niiden opettelusta ei ole hyötyä.” Työyhteisön tuki ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien havainnot potilaan voinnin kehittymisestä ovat fysioterapeutille tärkeitä, koska kerran viikossa tai kahdessa potilasta tavattaessa hänen voinnistaan ei välttämättä saa kattavaa kokonaiskuvaa.

Aivotutkimuksella, jota käsittelin luvussa 4, ei ole vielä toistaiseksi mitään konkreettista antia psykologiselle työskentelylle terapeutin ja potilaan välillä. Hoitosuhde luodaan ja se syntyy tai jää syntymättä potilaan ja terapeutin henkilökohtaisesta psykologisesta panoksesta, jonka he tuovat oman tahtonsa ja piilotajuntansa kautta terapiatilanteeseen. Terapeuttinen suhde toimii itseohjautuvasti. (Lehtonen 2011, 151.)

Reflektiopäiväkirjaa pitäessäni ja potilastyötä tehdessäni mietin kuitenkin paljon omien havaintojen ja harjoitteiden vaikutusten yhteyksiä teoriaan ja tutkittuun tietoon. Miten tehdyt liikeharjoitteet vaikuttavat potilaan oman kehon kokemiseen ja millä menetelmillä saisi potilaan itsetuntoa ja itseluottamusta vahvistumaan? Toisaalta pohdin myös miten Dropsyn teoria kolmikantaisesta kontaktihäiriöstä ja dynaamisen tasapainon ykseydestä, luonnollisesta hengityksestä, tasapainosta ja läsnäolosta näkyy potilaassa ja miten harjoitteet vaikuttavat näihin tekijöihin.

Oman työni kannalta minulle oli tärkeää löytää neurotieteellisistä tutkimuksista perusteita mm. motorisen aivokuoren kaksisuuntaisesta yhteydestä tunteita kä-

sitteleviin aivojen osiin. Samoin samankaltaisuus Johannes Lehtosen *Mielen matriisin* ja Marita Sandströmin Kehomatriisin välillä oli minulle merkittävä havainto. Kehon ja mielen yhteyden huomioiminen ja perusteleminen myös biologisilla menetelmillä lisää psykofyysisen lähestymisen ja menetelmien kliinistä uskottavuutta ja tuo ehkä lisää hyväksytyjä käyttömahdollisuuksia sille.

Eriyisen tärkeää minulle on ollut sen ymmärtäminen, että psykofyysisessä fysioterapiassa ei ole olemassa mitään ”temppeja”, jotka toimisivat aukottomasti, vaan tärkeintä on ihmisen kohtaaminen, oma läsnäolo ja herkkyys tunnistaa sekä potilaan että omia reaktioita. Samoin potilaan voimavarojen arvioiminen ja tunnistaminen on tullut omassa työssäni entistä tärkeämmäksi. Vaikka kahden potilaan oirekuva olisi täysin samanlainen ja tutkimusten mukaan tietynlaiset harjoitteet tähän auttavat, jos potilas ei ole kykeneväinen tekemään harjoitteita säännöllisesti, ei niiden ohjaamisesta siinä hetkessä ole hänelle hyötyä. Nämä ajatukset palasivat hyvin voimakkaina mieleen kehittämistehtävää kirjoittaessani. Olisin luultavasti pystynyt hyödyntämään fysioterapiaprosessin aikana pitämäni päiväkirjaa paremmin ja saanut omista pohdinnoistani enemmän irti, jos olisin kirjoittanut tätä työtä samalla, kun fysioterapiaprosessi oli käynnissä. Nyt kirjoitin suurimman osan työstä terapiaprosessin loputtua pohjautuen omiin päiväkirjamerkintöihin, pohdintoihin ja mielessä olleisiin asioihin.

Moniammatillinen yhteistyö nousi omissa pohdinnoissani tärkeäksi osaksi omaa työtäni ja sen toimiva hyödyntäminen yhdeksi isoksi ongelmakohdaksi polikliinissä fysioterapiassa. Tiimin jäsenten välinen kommunikaatio ja yhteistyö ovat erittäin tärkeä osa psykiatrista kuntoutusta. Yhteistyön rooli korostuu polikliinissä fysioterapiassa erityisesti silloin, kun potilas ei pysty sanoittamaan kaikkia tuntemuksiaan heti terapiatilanteen alussa. Näin kävi tässä työssäni kuvaaman potilaani kanssa, mikä aiheutti minulle ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta. Olisin kaivannut enemmän tiimin tukea etenkin fysioterapiajakson alkuvaiheessa.

Samoja havaintoja on tehnyt Eija Tyyskä (2002) tutkiessaan fysioterapeuttien kokemuksia asiantuntijuudesta moniammatillisissa työryhmissä. Työryhmätyöskentely koetaan turvalliseksi ja sen antama tuki tärkeäksi, koska työryhmässä voidaan jakaa potilaiden vaikeitakin ongelmia avoimesti. Työryhmä tukee pää-

töksentekoprosessia ja näkökulma potilaan ongelmiin on monialainen. Työryhmässä toimiessaan fysioterapeutin ei tarvitse pohtia yksin sellaisia asioita, joihin hänen oma ammattitaitonsa ei riitä. Tiedon saaminen myös toisen asiantuntijan asiantuntijuusalueesta syventää samalla omaa asiantuntijuutta. (Tyyskä 2002, 29–30)

Psykofyysinen fysioterapia ja kehotietoisuusharjoittelu ovat jatkuvia prosesseja, joiden herättämät tuntemukset ja ajatukset saattavat nousta potilaan mieleen vasta pitkän aikaa terapiakerran jälkeen esimerkiksi omatoimisia harjoitteita tehdessä. Potilas voi käsitellä näitä asioita oman terapeutin tai hoitavan lääkärin kanssa, jos heillä on hyvä ja luottamuksellinen suhde. Tämä mahdollistuu silloin, jos terapeutti tai lääkäri on tietoinen ja kiinnostunut psykofyysisestä fysioterapiasta ja kyseisen potilaan kanssa käytetyistä harjoitteista. Silloin hän osaa ottaa potilaan kanssa asioita puheeksi ja potilasta voidaan tukea aidosti moniammatillisesti, eikä niin että jokainen tekee potilaan kanssa vain yksittäisesti omia asioitaan.

Tiedon välittyminen kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien välillä on tärkeää moniammatillisessa työskentelyssä. Fysioterapeutille Kysin psykiatrian poliklinikalla tämä asettaa suuria haasteita, koska fysioterapeutit eivät varsinaisesti kuulu poliklinikan henkilökuntaan, eivätkä pääse osallistumaan poliklinikan tiimeihin tai kokouksiin kuin hyvin satunnaisesti. Viikoittainen tai edes kuukausittainen tapaaminen fysioterapiapotilaiden hoitoon osallistuvien muiden henkilöiden kanssa olisi tarpeen potilaiden kokonaistilanteen ja voinnissa tapahtuvien muutosten tiedostamiseksi ja havainnoimiseksi. Tähän ei valitettavasti kahdella fysioterapeutilla ole mahdollisuuksia, ellei tätä aikaa oteta pois muusta työstä. Lisäksi osallistumista vaikeuttaa poliklinikoiden ja fysioterapeuttien työpisteiden sijainti eri puolilla kaupunkia tai jopa toisen kunnan alueella.

Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen polikliinisessä työskentelyssä kaipaisi pohtimista ja tehostamista. Fysioterapeuttina tulee helposti yksinäinen ja erillinen olo, kun ei pääse vaihtamaan ajatuksia potilasta hoitavan työryhmän kanssa. Oma aktiivisuutta tähän tarvitaan paljon, mutta toisaalta hajanainen työnkuva ei aina mahdollista osallistumista kaikkien potilaiden tiimeihin ja hoitokokouksiin. Muutamia erittäin hyviä kokemuksia olen saanut mm. yhteisistä te-

rapia-ajoista potilasta hoitavan terapeutin kanssa. Tällöin saan itse havaintoja ja kokemusta siitä, miten potilas toimii oman terapeuttinsa kanssa ja millaisia asioita he käyvät läpi. Toisaalta potilaan oma terapeutti saa kokemuksia fysioterapeuttisista harjoitteista ja osaa ehkä paremmin ottaa myös näitä asioita esille potilaan kanssa keskustellessaan. Parhaimmillaan terapeutti saattaa pystyä esimerkiksi voimakkaasti ahdistuneen potilaan kanssa hyödyntämään vaikkapa jotain kehollista rauhoittumisharjoitetta keskusteluterapian yhteydessä.

Suomalainen modernia pop-rock -musiikkia soittava yhtye Haloo Helsinki laulaa Marko Annalan kirjoittamassa kappaleessaan ”Kuule minua” näin:

”Anna minulle hetki aikaa, hetki aikaa miettiä uudelleen.

Laittaa sanat oikeaan paikkaan, sanoa mitä todella tarvitsee.

Ei mitään liikaa, ei mitään turhaa,

vain ne sanat, jotka sielua ravistaa.

Anna minulle hetki aikaa, kuule minua, kuule minua.”

Sanat kuvaavat erittäin hyvin omia tuntemuksiani sekä terapeutina fysioterapiaprosessin aikana että kuvainnollisesti kehon viestejä kantajalleen. Kehon viestien ymmärtäminen vaatii aikaa ja harjoittelua. Omien kehollisten tuntemusten ja kehossa ilmenevien tunnereaktioiden ymmärtämiseksi kehotietoisuusharjoittelun tulee olla säännöllistä ja jatkuvaa. Terapeutina fysioterapian aikana tulee useasti sellainen tunne, ettei välttämättä tiedä mitä sanoisi. Tai sitten sanoo jotain ja tajuaa saman tien, että kyseisen asian olisi voinut ilmaista pareminkin. Käyn usein itseni kanssa painiskelua sellaisissa asioissa, että mikä harjoite olisi potilaalle hyväksi, onko nyt oikea hetki tehdä haastavampia harjoitteita, vai pitäisikö pysyä vielä helpommissa, joissa on niissäkin potilaalle tekemistä. Erityisesti mietin useasti sitä, pitäisikö potilaalle teettää enemmänkin hänelle mahdollisesti ahdistuksen tunnetta lisääviä harjoitteita, joissa voi kohdata ahdistusta ja oppia selviämään siitä, vaiko tehdä hänelle miellyttävämpiä ja helpompia harjoitteita enemmän, jotta potilas ei kokisi fysioterapiaa liian epämiellyttävänä ja jättäisi sen vuoksi fysioterapiaa kesken. Missä vaiheessa potilas on valmis kuuntelemaan oman kehonsa antamia viestejä ja tulkitsemaan niitä terveystta edistävällä tavalla? Työnohjauksen myötä olen alkanut entistä enemmän sanoittaa harjoitteiden tekemisen jälkeen potilaan kokemia asioita, mikäli hän ei

itse niitä kykene nimeämään. Samoin olen alkanut antaa potilaalle mahdollisuuksia valita erilaisista harjoitteista, jos hän ei suoraan osaa kertoa mikä tuntuisi hänelle sillä hetkellä sopivalta.

Kaiken kaikkiaan tämän kehittämistehtävän tekeminen on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi. Päiväkirjan pitäminen potilastilanteista ja niihin liittyvistä omista tuntemuksista ja ajatuksista on auttanut huomaamaan, miten paljon näkymätöntä asiaa omaan työhön liittyy. Tämän myötä olen tullut tietoisemmaksi monista ajatuksista ja tunteista herättävistä asioista, mikä varmasti osaltaan helpottaa työn tekemistä ja työssä eteen tulevien ongelmien tunnistamista ja sietämistä. Välillä omien tunteiden ja odotusten tunnistaminen on vaikeaa. Tunne omasta riittämättömyydestä valtaa mielen ja aiheuttaa ehkä turhan paljonkin stressiä. Työnohjaus on ollut tässä suhteessa minulle tuiki tarpeellinen, koska siellä olen voinut keskustella ja pohtia potilassuhteita ja tarkastella ohjatusti niissä havaitsemiani ilmiöitä.

Tärkeää on myös oma kehotietoisuusharjoittelu. Kehotietoisuusharjoitteita ei opi lukemalla, eikä niiden ohjaamista opi ellei ole omakohtaista kokemusta siitä, miten minä itse koen juuri tämän harjoitteen. Lisäksi omat tuntemukset samoista harjoitteista saattavat vaihdella suuresti samankin päivän aikana. Niin myös potilaiden kokemukset saattavat olla joka kerta erilaisia. Oma harjoittelu auttaa myös tunnistamaan omia tuntemuksia ja erottamaan niitä potilaan kokemuksista. Terapiatyössä peilisolujen toiminnalla on suuri merkitys ja terapeutti peilaa jatkuvasti niitä tuntemuksia, joita potilas hänessä herättää. Erityisesti psykiatristen potilaiden kanssa työskenneltäessä on vaarana yliempaattisuus ja itsensä uuvuttaminen. Kehotietoisuusharjoittelu auttaa osaltaan tunnistamaan näitä asioita ja pitämään terapeutina kiinni myös omista rajoista. Myös edellisen potilastilanteen nollaamisen tarve tuli päiväkirjan myötä hyvin selkeäksi. Potilasaikojen välillä pitäisi olla riittävä tauko paitsi kirjaamiselle, niin omien tuntemusten käsittelylle. Jos edellinen tilanne painaa mielessä, on mahdotonta olla läsnä seuraavan potilaan kanssa. Kuitenkin juuri aito läsnäolo on kaikista tärkein työväline tällaisessa työssä.

Kehittämistehtävässäni nousi esille kolme keskeistä teemaa: 1. moniammatillisuus osana psykiatrista hoitoa ja työn potilaslähtöisyyttä, 2. työn edellyttämät toiminnalliset resurssit sekä 3. oman ammatillisen kehittymisen prosessi.

Ensimmäisenä esille nousseen sujuvan moniammatillisen tiimityön edellytyksenä on tiimin jäsenten välinen tiedonvaihto ja keskustelu. Tiimityö vaatii myös tietoutta ja kiinnostusta muiden ammattiryhmien työstä. Tämä mahdollistaa paremmin fysioterapeutin työn hahmottamisen osana potilaan hyvää psykiatrista kokonaisuhoitoa. Näiden toteutuminen edellyttää riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia osallistua moniammatillisiin raporttihakkeihin ja tiimeihin.

Toisena mainituilla työn edellyttämillä toiminnallisilla resursseilla tarkoitan aikaa ja mahdollisuuksia jäsentää kunkin potilaan kohtaamista sekä ennen että jälkeen fysioterapiatilanteen. Terapiatilanteeseen valmistautuminen ja oman työn suunnittelu on tärkeää, sillä potilastilanne ei ole vain mekaaninen, aina saman kaavan mukaan menevä tapahtuma, vaan persoonallinen ja potilaslähtöinen kohtaaminen, joka vaatii aitoa läsnäoloa. Siihen valmistautuminen vaatii potilaan taustoihin perehtymistä ja selkeää kuvaa hänen kulloisestakin voinnistaan ja fysioterapeuttisista työskentelyedellytyksistä.

Kolmantena esiin noussut oma ammatillinen kehittyminen on jatkuva prosessi, joka edellyttää yksittäisen potilaan kanssa tehtävään työhön liittyvien vaatimusten ja oman osaamisen tunnistamista ja reflektointia. Lisäksi kehittämistehtävässäni ja siihen liittyvän potilasesimerkin analyysissä nousi tärkeäksi mahdollisuus tarkastella fysioterapeutin työtä, toimintaedellytyksiä ja oman osaamisen kehittämistä osana laajempaa psykiatrista kokonaisuutta.

Vuoden kestäneet psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot tukivat omaa ammatillista kehittymistäni erittäin hyvin. Koulutuksen aikana lähestymistapani psykiatriseen fysioterapiaan monipuolistui ja pohdin paljon omia toimintatapoja. Oma kehotietoisuusharjoittelu ja oman työn reflektointi auttoi tunnistamaan omia toiminta- ja ajatusmalleja ja erottamaan omia kokemuksia paremmin potilaiden kokemuksista.

LÄHTEET

Antila, M. 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä. Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino Oy.

Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen – En osynlig övning. Svenska utgåvan Bokförlaget Natur och Kultur

Dropsy, J. 1975. Leva i sin kropp – Kroppsuttryck och mänsklig kontakt. Natur och Kultur.

Gyllensten, A., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. 2010. Embodied identity – A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practise*, 26(7):439-446.

Gyllensten, A., Gard, G., Salfort, E. & Ekdahl, C. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International* 4, 89–109.

Hautamäki, L. & Seppälä, E. 1998. Toimintakyvyn käsite fysioterapiassa. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hämäläinen, H., Laine, M., Aaltonen, O. & Revonsuo, A. 1999. Mieli ja aivot – kognitiivinen neurotiede. Turun yliopisto.

Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa: Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee mieli notkee: Liikunta mielen-terveyden tukena*. Helsinki: SMS-tuotanto, 133–142.

Jaakkola, R. 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia: kokemus kehossa*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 8–14.

Jaakkola, R. 2007. Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia: kohti oman kehon kuulemistä, omassa ruumiissa asumista*. 2. painos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2, 6–12.

Jaakkola, R. 1999. Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteen Laitos.

Juva, K. 2011. Aivot ja mieli. Kirjassa *Kliininen neuropsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kapanen, H. & Pääkkönen, E. 2008. Fysioterapeuttiopiskelijoiden kokemuksia reflektiopäiväkirjojen kirjoittamisesta opiskelun aikana. Fysioterapian Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Klemola, T. 2004. Taidon filosofia – filosofian taito. Tampere: Juvenes Print-Tampereen yliopistopaino

Klemola, T. 2002. Kehontietoisuuden harjoittaminen: Taji, yi quan ja seisomisen taito. Fysioterapia 6, 4–9.

Koivula, U., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. Mission possible. Opas opinnäytteen tekijälle. 2. uudistetun painoksen lisäpainos. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1.

Koski, T. 2003. Kehollisuus ihmistyön yhteisenä perustana. Fysioterapia 4, 17–19.

Kröger, L. & Niiranen, M. 2012. Fysioterapiaa Kysin psykiatrialla -luento. Esitetty Kysin psykiatrian minijohtoryhmässä 9.5.2012.

Käypähoito-suositus 2008: Tietoinen läsnäolo. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01057>
Luettu 10.12.2012

Lehtonen, J. 2011. Tietoisuuden ruumiillisuus. Kustannus Oy Duodecim Helsinki.

Lehtonen, J. 2012. Nuorisopsykiatrian perusteet – Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiriin koulutus. Luento 4.10.2012

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu Kustannusosakeyhtiö Otava.

Niskala, K. 2011 Basic Body Awareness -terapia II luennot 30.8.–4.9.2011, Metropolia AMK.

Niskala, K. 2010 Basic Body Awareness -terapia I 17. –22.1.2010. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Niskala, K. 2004. Hypnologia-lehti 01/2004. http://hypnologia.com/lehdet/0401/terapiamuoto041.html?TB_iframe=true&height=600&width=800 Luettu 20.11.2012

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa – Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Elanders Gummersons.

Roxendal, G. 1987. Ett heltperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Sandström, M. 2012a. Luentomateriaali. Auroran sairaala 21.9.2012

Sandström, M. 2012b. Aivot ja kehotietoisuus. *Fysioterapia* 2012:3: 22–24.

Skjærven, L. H. 2002. *Basic Body Awareness Therapy: Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. A first introduction.* Bergen, Norja: Liv Helvik Sjøerven.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry 2012 <http://www.psyfy.net>
luettu 28.11.2012

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia.* Helsinki: Edita.

Thornquist, E. & Bunkan, B. 1991. *What is psychomotor therapy?.* Oslo: Norwegian University Press.

Tyyskä, E. 2002. *Fysioterapeuttien kokemuksia asiantuntijuudestaan moniammatillisissa työryhmissä. Fysioterapian pro gradu -tutkielma.* Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Vainio, A. 2007. *Nimeä vailla - Kohtaamisia kivun kanssa.* Hämeenlinna: Karisto.

LIITTEET

(Liitteinä olevien menetelmien käyttö terapiassa ilman asianmukaista koulutusta ei ole tarkoituksenmukaista.)

Liite 1. Muunneltu BAS-kyselylomake

ALKUKYSELY BASIC BODY AWARENESS / MUUNNELTU BAS / ROXENDAL 1997 / NISKALA 2013 1 (2)

EHDOTTOMAN LUOTTAMUKSELLINEN

NIMI _____ PÄIVÄMÄÄRÄ _____

ESIINTYYKÖ SINULLA / TUNNETKO: ympyröi sopivin vaihtoehto!

0 = EI, 1 = HIEMAN, 2 = TOISINAAN, 3 = JATKUVASTI

1. Levottomuutta, ahdistuneisuutta?	0	1	2	3
2. Pelkoja?	0	1	2	3
3. Huolestuneisuutta?	0	1	2	3
4. Vihan tunteita?	0	1	2	3
5. Kiinnostamattomuutta asioihin?	0	1	2	3
6. Alakuloisuutta?	0	1	2	3
7. Aloitekyvyttömyyttä?	0	1	2	3
8. Uupumusta?	0	1	2	3
9. Keskittymisvaikeuksia?	0	1	2	3
10. Vaikeuksia ilmaista ajatuksia ja mielipiteitä?	0	1	2	3
11. Tarvetta toistaa jotain asioita rituaalinomaisesti?	0	1	2	3
12. Huolestuneisuutta terveydentilastasi?	0	1	2	3
13. Lihaskännityksiä? Missä kehon osissa?	0	1	2	3
<hr/>				
14. Kipu ja särkyjä? Missä kehon osissa?	0	1	2	3
<hr/>				

ESIINTYYKÖ SINULLA / TUNNETKO: rastita sopivin vaihtoehto!

2 (2)

0 = EI, 1 = HIEMAN, 2 = TOISINAAN, 3 = JATKUVASTI

15. Unihäiriöitä?	0	1	2	3
16. Väsymystä?	0	1	2	3
17. Sydämentykytystä, huimausta, kylmiä käsiä tai jalkoja, suun kuivumista, levotonta vatsaa, hengitysvaikeuksia?	0	1	2	3
18. Liikuntaharrastukset? Mitä teet? Kuinka usein?	0	1	2	3

19. Syömiseen liittyviä hankaluuksia? Mitä?	0	1	2	3
---	---	---	---	---

20. Hyvän olon tunnetta ruokailun jälkeen?	0	1	2	3
21. Tyytyväisyyttä omaan olemukseesi?	0	1	2	3
22. Tyytyväisyyttä kehosi toimintaan?	0	1	2	3
23. Iloa liikkumiseen?	0	1	2	3

KIITOS VASTAUKSESTASI!

(Niskala 2012.)

Liite 2. Body Awareness Rating Scale (BARS)

Skjærven 2011, Niskala 20.8.2011

1 (2)

BARS = BODY AWARENESS RATING SCALE

BBAT –LIIKEVARIAATIOIDEN YLEISLUONTEINEN ARVIOASTEIKKO

- 7: Toiminnallinen liikkeen laatu todella hyvä. Vertikaaliakseli on todella hyvin tasapainossa, vakaa, luja ja luonnollisen vapaa. Liikkeelle luontaista: liike on todella tarkoituksenmukainen, sujuva, kimmoisa ja hyvärytminen. Liikkeen suunta ja tarkoitus on todella selkeä. Liikkeeseen käytetty energian määrä on todella tarkoituksenmukainen tehtävään nähden. Liike lähtee selkeästi vartalon keskustasta ja sille on luonteenomaista yhtenäisyys ja eheys. Liikkeet koko kehossa tapahtuvat kokonaisuudessaan samanaikaisesti. Liikkeet ovat sopusoinnussa keskenään, ovat yhtenäisiä ja hyvin integroituneita. Hengitys on luonnollisen vapaa. Liikkeestä näkyy, että ihminen on täysin läsnä kehossaan koko ajan. Tietoisuus liikkeessä ja liikkeestä näkyy. Liikeharmonia loistaa selkeästi esiin liikkeessä.
- 6: Toiminnallinen liikkeen laatu hyvä. Vertikaaliakseli on hyvin tasapainossa, vakaa, luja ja luonnollisen vapaa. Liikkeelle luontaista: hyvin tarkoituksenmukainen, sujuva, kimmoisa, hyvärytminen liike. Liikkeen suunta ja tarkoitus ovat hyvin selkeät. Liikkeeseen käytetty energian määrä on tarkoituksenmukainen tehtävään nähden. Liike lähtee vartalon keskustasta ja sille on luonteenomaista yhtenäisyys ja eheys. Liikkeet koko kehossa tapahtuvat kokonaisuudessaan samanaikaisesti. Liikkeet ovat sopusoinnussa keskenään, ovat yhtenäisiä ja hyvin integroituneita suurimman osan aikaa. Hengitys on vapaa. Liikkeissä näkyy läsnäolo ja tietoisuus tekemisestä. Hyvä liikeharmonia liikkeessä.
- 5: Liikkeen laatu kohtalaisen toiminnallinen. Vertikaaliakseli on useimmiten tasapainossa, vakaa, luja ja vapaa. Liikkeelle luontaista: kohtalaisen tarkoituksenmukainen, sujuva, kimmoisa ja kohtalaisesti rytmittyvä. Liikkeen suunta ja tarkoitus on melko selkeä. Liikkeeseen käytetty energian määrä on kohtuullisen tarkoituksenmukainen tehtävään nähden. Liikkeen lähtemisestä vartalon keskustasta on kohtalaisesti merkkejä. Liikkeessä on havaittavissa yhtenäisyyttä, eheyttä sopusointua ja integroitumista useimmiten. Hengitys on vapaa. Liikkeissä näkyy kohtuullisesti läsnäoloa ja tietoisuutta tekemisestä. myös liikeharmoniaa nähtävissä kohtuullisesti.
- 4: Jonkin verran toiminnallista liikkeen laatua nähtävissä. Vertikaaliakseli on ajoittain tasapainossa, vakaa, luja ja vapaa. Liikkeelle luontaista: ajoittain liike on tarkoituksenmukainen, sujuva, kimmoisa ja rytmikäs. Liikkeen suunta ja tarkoitus tulee aika ajoin esiin. liikkeeseen käytetty energian määrä on ajoittain tarkoituksenmukainen tehtävään nähden. Liikkeen lähteminen vartalon keskustasta on välillä havaittavissa. liikkeessä on havaittavissa ajoittain yhtäläisyyttä, eheyttä, sopusointua ja integroitumista. Liikkeissä näkyy ajoittain läsnäolo ja tietoisuus tekemisestä sekä hengityksen vapaus. Liikeharmoniaa nähtävissä ajoittain.

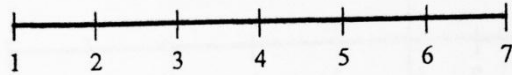
- 3: Liikeharmoniaa heikosti nähtävissä. Vertikaaliakselissa on tasapainottomuutta, vähän vakautta, lujuutta ja vapautta. Liikkeelle luontaista: liike on jonkin verran epätarkoituksenmukainen, jonkin verran mekaaninen, katkonainen, jäykkä, rytmiton ja eloton. Liikkeen suunta ja tarkoitus tulee heikosti esiin, liike voi olla liian pieni ja suljettu tai liian iso ja avoin. Liikkeeseen käytetty energian määrä on epäsuhdassa tehtävään nähden ollen joko liian suurta tai liian vähäistä. Liike lähtee enemmänkin periferiasta kuin vartalon keskustasta. Liikkeessä on havaittavissa vain vähän yhtenäisyyttä, eheyttä, sopusointua tai integroitumista. Liikkeissä näkyy vain hieman läsnäoloa ja tietoisuutta tekemisestä sekä hengityksen vapautta.
- 2: Liikeharmoniaa ei ole nähtävissä. Vertikaaliakseli on useimmiten vailla tasapainoa, vakautta, lujuutta ja vapautta. Yhtenäisyys kehon ylä- ja alaosan välillä puuttuu. Liikkeelle luontaista: liike on useimmiten epätarkoituksenmukainen, mekaaninen, katkonainen, jäykkä, rytmiton ja eloton. Elastisuus puuttuu. Liikkeen suunta ja tarkoitus puuttuu useimmiten, liike voi olla liian pieni ja suljettu tai liian iso ja avoin. Liikkeeseen käytetty energian määrä on useimmiten epäsuhdassa tehtävään nähden ollen joko liian suurta tai liian vähäistä. Liike lähtee useimmiten periferiasta kuin vartalon keskustasta. Liikkeessä on tuskin havaittavissa yhtenäisyyttä, eheyttä, sopusointua tai integroitumista. Hengitys pidättyy, on pinnallista tai on muuten luonnotonta. Liikkeissä näkyy tuskin ollenkaan läsnäoloa ja tietoisuutta tekemisestä.
- 1: Liikkeet ovat ristiriitaisia. Vertikaaliakseli on horjuva ja epäyhtenäinen. Liikkeelle luontaista: epätarkoituksenmukainen muoto, liike on jäykkä, mekaaninen, eloton, elastisuus puuttuu. Liikkeeltä puuttuu suunta ja tarkoitus. Liikkeet lähtevät periferiasta ja ovat epäyhtenäisiä toisiinsa nähden. Liikkeet koko kehossa ovat epäyhtenäisiä ja epäsuhdassa toisiinsa nähden sekä vaikuttavat toisiaan vastaan, tehokkuus on poissa.

(Skjærven. 2002, 1 – 3; Niskala 2011)

BODY AWARENESS RATING SCALE

Skatteboe/Skjærven 02/05, Niskala 2011

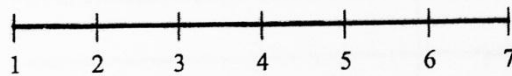
1: Selinmakuu – kontakti alustaan



Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

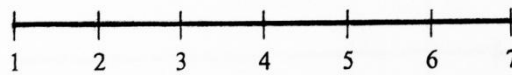
2: Selinmakuu – vie jalat yhteen



Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

3: Selinmakuu – symmetrinen venytys



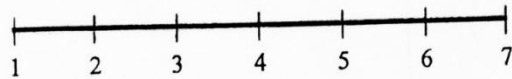
Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

Body Awareness Rating Scale

2

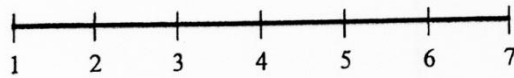
4: Selinmakuu – vuorottainen venytys



Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

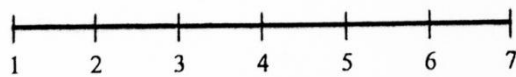
5: Istuminen – ja sen prosessointi



Tutkittavan omat kokemukset:

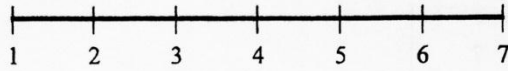
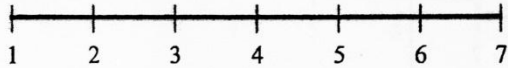
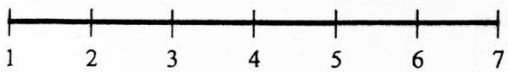
Huomiot:

6: Seisten – ylös – alas liukuminen



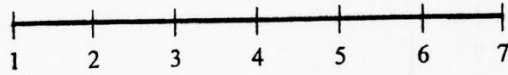
Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

7: Seisten/haara – liuku sivusuuntaan**Tutkittavan omat kokemukset:****Huomiot:****8: Seisten – kierto-kääntö
vertikaaliakselin ympärillä****Tutkittavan omat kokemukset:****Huomiot:****9: Seisten – käsien aaltoliike****Tutkittavan omat kokemukset:****Huomiot:**

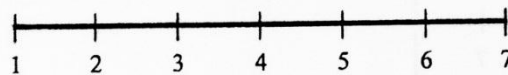
Body Awareness Rating Scale

4

10: Seisten – vartalon flexio - extensio

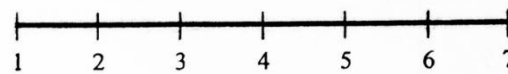
Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

11: Pariliike - "push hand"

Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

12: Kävely

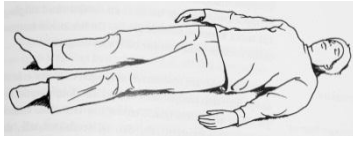
Tutkittavan omat kokemukset:

Huomiot:

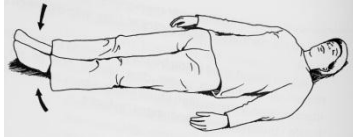
(Skjærven. 2002, 40 – 43; Niskala. 2011.)

Liite 4. Kehotietoisuusharjoitteita

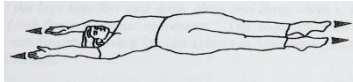
1 (2)



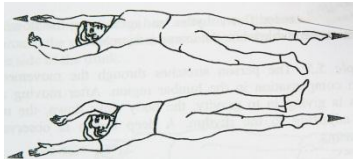
Asetu selinmakuulle sinulle sopivaan asentoon. Kuulostele tuntemuksia, tee havaintoja kehostasi. Tunne miten kehosi laskeutuu alustaa vasten ja tarkkaile hengitystäsi.



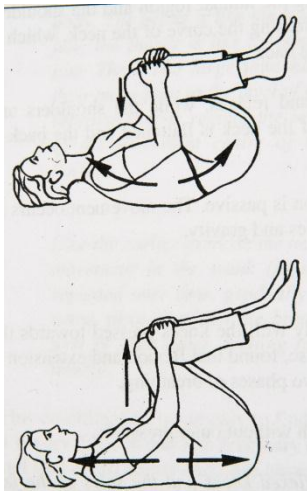
Makaa selälläsi, tuo sisäänhengityksellä jalat koko pituudeltaan yhteen, päästä uloshengityksellä rennoksi. Keskity kehon keskustasta alkavaan pehmeään ja joustavaan liikkeeseen.



Makaa selälläsi, tuo kädet lattiaa pitkin pään yläpuolelle. Sisäänhengityksellä veny kehon keskustasta alkaen pituutta koko kehoon, uloshengityksellä päästä rennoksi.

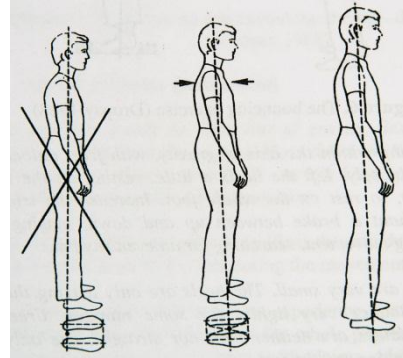


Makaa selälläsi, tuo kädet lattiaa pitkin pään yläpuolelle. Sisäänhengityksellä veny pituutta vuoron perään vasemmalle ja oikealle puolelle kehoa keskustasta alkaen. Uloshengityksellä päästä rennoksi.

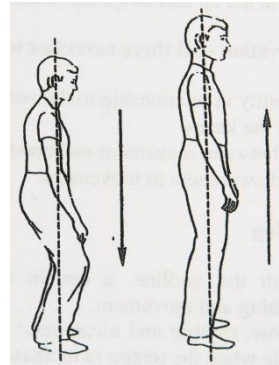


Makaa selällään ja tuo jalat koukkuun vatsan päälle. Ota käsillä kiinni polvien päältä. Sisäänhengityksellä anna polvien

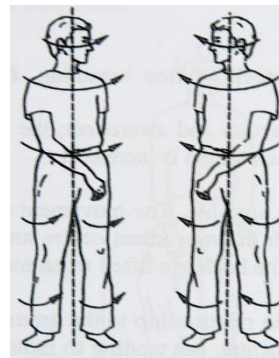
loitontua vartalosta ja uloshengityksellä vedä polvia kevyesti rintaa vasten. Tunne hengityksen rytmi ja etsi pehmeää, joustavaa liikettä.



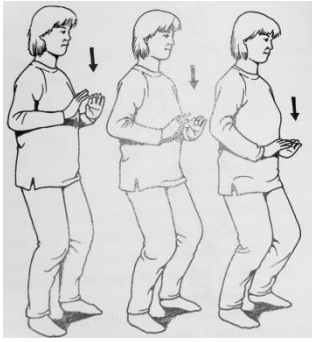
Seiso lantion levyisessä asennossa. Tee painonsiirtoja ja etsi sellainen kohta, jossa paino jakautuu tasaisesti jalkojen kesken ja koko jalkapohjalle. Tarkista etteivät polvet ole lukossa ja päästä hartiat rennoiksi. Kuulostele tuntemuksiasi ja hengitystä seistesäsi.



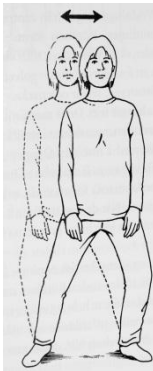
Seiso paino tasaisesti molemmilla jaloilla keho joustavana. Laskeudu keskiliinjaa pitkin alas koukistamalla polvia ja lonkkia, nouse ylös ja jatka samaa linjaa pitkin ylöspäin nousemalla varpaille. Etsi pehmeää, virtavaa liikettä.



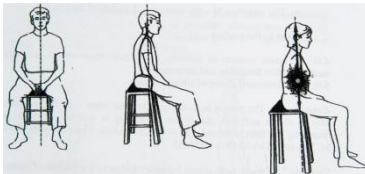
Kierrä vartaloa keskiliinjan ympäri puolelta toiselle. Pidä kädet ja keho rentoina. Tunne miten koko vartalo kiertyy.



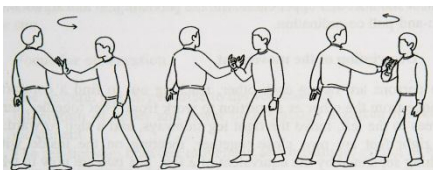
Seiso jalat lantion leveydessä asennossa. Hengitä sisään ja tuo kädet suorana etukautta hartioiden tasolle, vedä ne lähelle vartaloa ja laske uloshengityksen aikana pehmeästi alas. Koukista polvia käsien laskeutuessa. Etsi pehmeää, rauhallista, virtaavaa liikettä.



Ota leveä haara-asento ja koukista polvia ikään kuin istuisit alas. Lähde liukumaan aivan vaakatasossa puolelta toiselle tasaisesti ja joustavasti.



Istu tasaiselle jakkaralle. Etsi jaloillesi sellainen kohta, jossa jalkapohjat ovat tukevasti lattialla ja jalat voivat olla mahdollisimman rentoina, mutta kuitenkin saat niistä tukea asennollesi. Tee painonsiirtoja ja hae paino tasaisesti molemmille istuinkyhmyille. Etsi kehon keskilinjaa ja pystysuoraa asentoa. Kuuntele tunteksiasi istumisen aikana.



Seiso parin kanssa vastakkain pienen etäisyyden päässä toisistanne. Laittakaa jalat yhteen ja koskettakaa kädet kyynärpäistä hieman koukussa nyrkissä olevilla käsillä toistenne nyrkkejä.

Kääntäkää jalkoja 45° vasempaan. Ottakaa oikealla jalalla pieni askel oikealle sivulle ja pieni askel eteenpäin. Koukistakaa polvia kuin "istahtaisitte alas". Toinen johtaa liikettä ja lähtee tekemään etu-takasuunnassa painonsiirtoja. Toinen seuraa johtavan liikettä. Kun löydätte yhteisen rytmin, nostakaa oikeat kädet edessänne ylös ja laittakaa ranteiden ulkosivut vastakkain. Painonsiirrot jatkuvat koko ajan ja liikettä johtava alkaa tekemään kädellä pyörivää liikettä vastapäivään. Etsikää yhteistä, tasaista liikkeen rytmiä. Tehkää sama peilikuvana ja vaihtakaa johtajaa.



Istu tyynyn tai jakkaran päälle polvi-istuntaan. Tuo kädet syliin kämmenet ylöspäin, sormet päällekkäin ja peukalonpäät vastakkain. Keskity istumiseen ja sen aikana havaitsemiisi tunteuksiin. Voit myös keskittyä istumisen aikana omaan hengitykseen ja sen seuraamiseen. Istu aluksi n. 10 minuuttia ja pidennä aikaa hieman kehon ja mielen tottuessa harjoitukseen.

(Roxendal & Winberg. 2002, 98 – 146; Skjærven. 2002, 1 – 34.)

Liite 5. Roberto Assagiolin synteesisiharjoitus

Ajatuksia olemassaolon eri puolista.

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

Minä elän kehossani, minulla on keho elääkseni. Kehoni on edellytys elämääni. Ilman sitä en olisi olemassa. Kehoni on kehoni, hyvässä ja pahassa. Kehoni on instrumenttini elää elämääni, ja sen avulla voin elää niin kuin haluan. Kehoni voi olla myös vaivaksi, siinä voi olla kipuja, vammoja tai muita ongelmia. Mutta se on minun kehoni, jossa elän hyvässä ja pahassa. Elän kehossani, mutta se ei ole koko minuuteni. Minä olen jotain muuta ja enemmän kuin vain kehoni. Mieti hetki, mitä kaikkea kehosi sinulle antaa, mahdollistaa ja merkitsee elämässäsi?

Minä tunnistan tunteeni. Ne täyttävät minut ja antavat sisältöä elämääni. Niiden avulla reagoin toisiin ihmisiin, rakennan ihmissuhteita ja reagoin tapahtumiin elämässäni. Rakkaus, ilo, suru, hyväksyminen ja kiukku antavat minulle voimaa moniin toimintoihini. Kaikki tunteet eivät ole positiivisia. Ärtisyys ja kateus voivat johtaa ikävään toimintaan. Mutta tunteeni ovat minun, millaisia ne sitten ovatkin. Minä tunnen tunteeni hyvässä ja pahassa. Tunnen tunteeni, mutta tunteeni eivät ole koko minuuteni. Olen jotain muuta ja enemmän kuin vain tunteeni.

Mieti hetki tunteidesi roolia elämässäsi.

Minä ajattelen ajatuksiani. Ajatusteni avulla kehitän loogista kykyäni, itseäni ja ratkaisen ongelmia. Ajatukset voivat joskus myös lukkiutua, kulkea kehää pääsemättä eteenpäin. Ajatukseni ovat minun ajatuksiani, sellaisina kuin ovat, hyvässä ja pahassa. Ajattelen ajatukseni, mutta ajatukseni eivät ole koko minuuteni. Minä olen jotain muuta ja enemmän kuin vain ajatukseni. Mieti hetki ajatustesi roolia elämässäsi.

Voimme käsitellä eri osia elämästä: Minulla on haluni, mutta haluni eivät ole koko minuuteni. Minulla on murheeni, mutta murheeni eivät ole koko minuuteni. Minulla on vaivani, mutta vaivani eivät ole koko minuuteni. Minulla on koulutukseni, työni, mutta koulutukseni ja työni eivät ole koko minuuteni.

Lopetamme miettimällä seuraavia: Elän kehossani, mutta kehoni ei ole koko minuuteni. Tunnen tunteeni, mutta tunteeni eivät ole koko minuuteni. Ajattelen ajatukseni, mutta ajatukseni eivät ole koko minuuteni. Kuka minä sitten olen? Minä olen se, joka voi havainnoida kehoani, tunteitani ja ajatuksiani. Minä olen johtaja, joka voi koordinoida eri osapuolia elämässäni. Voimme kutsua sitä tietoisuudeksi. Minä olen tietoisuuteni, joten olen minä.

(Roxendal & Winberg. 2002, 38–39.)

Suom. Kirsti Niskala, muokannut Mikko Niiranen.