

Veera Pyykkönen

KOKEMUKSIA PSYYKKISEN TRAUMAN KEHOLLISISTA TUNTEMUKSISTA

KOKEMUKSIA PSYYKKISEN TRAUMAN KEHOLLISISTA TUNTEMUKSISTA

Veera Pyykkönen
Opinnäytetyö
Kevät 2020
Hoitotyö
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Veera Pyykkönen

Opinnäytetyön nimi: Kokemuksia psyykkisen trauman kehollisista tuntemuksista

Työn ohjaaja: Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2020

Sivumäärä: 43+5

Psyykinen trauma koskettaa suurta osaa ihmisistä jossain vaiheessa elämää. Traumatisoituminen vaikuttaa syvästi hermojärjestelmään ja siksi siitä johtuvat oireet ja tuntemukset ovat hyvin usein myös kehollisia. Trauma voi vaikuttaa elämänlaatuun merkittävästi, ilman että ihminen itse ymmärtää tuntemusten ja ongelmien johtuvan mielen traumaan vastaan luomista selviytymisstrategioista. Traumaterapian ja erilaisten itsesäätelymenetelmien avulla pyritään vaikuttamaan fysiologisten vireystilojen säätelyyn, jolloin traumaattisen asian käsittely mahdollistuu ja keholliset tuntemukset helpottuvat.

Tämän opinnäytetyönä tarkoituksena on kuvailla, millaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneella on, millä tavoin tuntemukset ovat vaikuttaneet heidän elämäänsä ja millaisilla keinoilla tuntemukset ovat helpottuneet. Tutkimuksen teoriapohjana käytettiin psyykkisestä traumasta kertovia ja sen hoitoon tähtäviä artikkeleita, kirjallisuutta ja tutkimuksia.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kehollisista tuntemuksista psyykkisen trauman kokeneen ihmisen kuvaamana sekä saada tietoa psyykkisen trauman aiheuttamista kehollisista tuntemuksista ja niitä helpottaneista keinoista. Opinnäytetyön tuottamista tiedoista hyötyvät kaikki psyykkisesti traumatisoituneiden ihmisten kanssa työskentelevät ammattihenkilöt. Lisäksi opinnäytetyön tulokset voivat auttaa perusterveydenhuollossa työskenteleviä tunnistamaan mahdollisia trauman aiheuttamia kehollisia tuntemuksia sekä lisätä tietoa psyykkisen trauman kehollisuudesta alaa opiskelevien sairaanhoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa aineistonkeruu tapahtui avoimen haastattelun menetelmällä yksilöhaastatteluina. Aineiston saamiseksi on haastateltu kolmea ihmistä, joille traumaattinen elämäntapahtuma oli aiheuttanut psyykkisen oireilun lisäksi kehollisia tuntemuksia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin ja lopuksi analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tuloksissa esiintyneitä psyykkisen trauman aiheuttamia kehollisia tuntemuksia olivat ahdistus, uupumus ja väsymys, kivut ja elämää hallitsevat tuntemukset sekä kehon jännittyneisyys ja lihaskireys. Elämään ne vaikuttivat siten, että mielen ja kehon yhteys koettiin olevan kadoksissa, kivut ja tuntemukset hallitsivat elämää ja keho koettiin jännittyneeksi. Keholliset tuntemukset olivat helpottuneet traumaterapialla, itsesäätelymenetelmillä, liikunnalla, tietoisella hengittämisellä sekä vaihtoehtoisilla kipu- ja särkyhoidoilla. Keholliset tuntemukset liittyivät fysiologisten vireystilojen muutoksiin ja ne hankaloittivat tutkimukseen osallistuneiden elämää monelta kannalta. Opittujen itsesäätelymenetelmien avulla vireystila saatiin sietoikkunan puitteisiin, jolloin tuntemukset helpottuivat.

Tämän tutkimuksen tuloksiin viitaten jatkotutkimusta voitaisiin tehdä esimerkiksi perusterveydenhuollossa selvittämällä, miten hyvin siellä tunnistetaan psyykkisestä traumasta johtuvat somaattiset tuntemukset ja oireet ja millaiset asiat hankaloittavat tunnistamista. Tutkimuksessa ei otettu huomioon trauman laatua, joten jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia ihmisten kokemuksia trauman laadun perusteella. Lisäksi kaikenlainen kokemustieto psyykkisen trauman ilmenemisestä olisi mielestäni tarpeellista ja tervetullutta.

Asiasanat: Psyykinen trauma, traumatisoituminen, kokemustieto, haastattelu, traumapsykoterapia

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Veera Pyykkönen

Title of thesis: Experiences of psychological trauma's bodily sensations

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020 Number of pages: 43+5

Psychological trauma affects multiple people in some period of their lives. Traumatization impacts deeply in neurosystem and that is the reason why the symptoms and sensations are also bodily. Trauma can have an impact on quality of life significantly without the person even realizing their sensations and problems are caused by the surviving strategy of trauma. With the help of traumatherapy and different kinds of self-regulation methods aiming to impact mental alertness regulation, the processing of the trauma become possible and bodily sensations are facilitated easier.

The objective of the thesis was to describe the bodily experiences which people with psychological trauma have, the way the sensations have impacted their life, and the means that have relieved the sensations. The theoretical basis of the study was based on literature, articles and researches about psychological trauma.

The targets of this study are to collect information about bodily sensations of people who have experienced psychological trauma, to receive information about the sensations caused by psychological trauma and the means which have released the sensations. Information produced by this thesis benefits all professionals working with traumatized people. The results of this thesis can also help the people who work in primary health care to identify the bodily sensations caused by psychological trauma and increase the knowledge about psychological traumas and bodily sensations among the nursing students.

This thesis is a qualitative study where the material collection was achieved by an open method of interviewing and by using individual interviewing. The material was gathered by three interviews with individuals whose psychological trauma did not only cause psychic symptoms but also bodily sensations. Interviews were recorded, transcribed and finally analyzed by the content analysis.

Results revealed that the sensations caused by psychological trauma were anxiety, fatigue and tiredness, pains and life-controlling sensations, tenseness of body and muscle tightness. The ways those things affected life were seen as a loss of the mind-body connection, pains and sensations were controlling life and the body felt tense. Bodily sensations were relieved by post-traumatic psychotherapy, self-regulation methods, exercise, conscious breathing and alternative pain and ache treatments. Bodily sensations were related to the mental alertness changes and those complicated many perspectives of the lives of the people, who were interviewed in the study. By help of self-regulation methods the mental alertness ended up to tolerance window frames which caused ease with experienced sensations.

Indicated to this study follow-up studies could put into practice for example researching how well somatic sensations caused by psychological trauma are identified in primary health care and what kind of issues challenges the identifying process. This thesis does not take into account the quality of trauma, so in the future it could be useful to study people's experiences based on the quality of trauma. All kinds of experimental knowledge about the appearance of psychological trauma are also well needed and welcomed.

Keywords: Psychological trauma, traumatization, experiential knowledge, interview, post-traumatic psychotherapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TRAUMAPERÄINEN KRIISI JA TRAUMATISOITUMINEN	7
	2.1 Traumaattisen kriisin vaiheet.....	7
	2.2 Traumatisoituminen.....	9
3	PSYKKISEN TRAUMAN KEHOLLISET TUNTEMUKSET JA SEN ULOTTUVUUDET	11
	3.1 Psykofysiologiset vireystasot.....	11
	3.2 Polyvagaaliteoria psyykkisen trauman kehollisuuden selittäjänä.....	13
	3.3 Dissosiaatiohäiriö, vakavan psyykkisen traumatisoitumisen seuraus	17
4	PSYKKISEN TRAUMAN HOITOMUODOT	19
	4.1 Traumakeskeinen kognitiivinen psykoterapia	19
	4.2 Itsesäätelymenetelmät	20
	4.3 EMDR-terapia.....	21
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
	6.1 Tutkimusmetodologia	24
	6.2 Tutkimukseen osallistujat	24
	6.3 Aineistonkeruu.....	25
	6.4 Aineiston analysointi.....	26
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
	7.1 Psyykkisen trauman aiheuttamat keholliset tuntemukset ja niiden vaikutukset tutkimukseen osallistuneiden elämään	28
	7.2 Keinot, joilla helpottaa kehollisia tuntemuksia	31
8	POHDINTA	34
	8.1 Tulosten tarkastelua	35
	8.2 Luotettavuus.....	36
	8.3 Eettisyys.....	37
	8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	44

1 JOHDANTO

Vuosittain noin 100 000 ihmistä kokee jonkin traumaattiseksi luokitellun ajanjakson tai tilanteen elämässään (Käypä hoito -suositus 2014, viitattu 8.3.2019). Psykkinen trauma voi olla lähtöisin lapsuudesta tai se voi olla jokin elämässä myöhemmin kohdattu senhetkisen sietokyvyn ylittävä tapahtuma tai tapahtumaketju. Rikokset, henkilökohtaista koskemattomuutta loukkaavat teot, onnettomuudet, työtaturmat, läheisen menettäminen, vakava sairastuminen ja erilaiset kiputilat ovat merkittäviä psykkinen trauman aiheuttajia. (Hyllinen 2008, viitattu 21.3.2018.)

Psykkinen trauman oireisto voi olla hyvin laaja, mutta tyypillisimpiä ovat erilaiset kiputilat, masennus sekä haitalliset käyttäytymismallit, joita ihminen toistaa elämässään. Trauma voi vaikuttaa elämänlaatuun todella merkittävästi ilman että ihminen itse ymmärtää tuntemusten ja ongelmien johtuvan mielen traumaa vastaan luomista selviytymisstrategioista. (Katajisto 2012, 57.) Traumatisoitunut saattaa ajautua oireidensa vuoksi terveystalouden suurkuluttajaksi, koska heidän oireitaan, tuntemuksiaan ja käytöstään ei terveydenhuollossa osata tulkita traumasta johtuviksi. Akuutteja oireita hoidetaan mutta ongelmien kokonaisuus voi jäädä hahmottamatta. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006, viitattu 15.8.2018.)

Koska psykkinen traumatisoituminen vaikuttaa syvällisesti kehoon ja hermojärjestelmään, ovat siitä johtuvat oireet ja tuntemukset hyvin usein myös kehollisia. Keholliset tuntemukset ovat seurausta erilaisista neurobiologisista prosesseista, ja niitä on pyritty selittämään muun muassa polyvagaaliteorian avulla. Polyvagaaliteoria antaa kokoavan kuvan autonomisen hermojärjestelmän toiminnasta ja siihen liittyvistä psykofysiologisten vireystilojen vaihteluista. Polyvagaaliteorian avulla on pystytty myös selittämään, miten eri autonomisen hermoston osat muodostavat biologisen substraatin persoonallisuuden dissosioituneille osille. Teorian avulla psykkinen trauman hoitomuotoja, kuten kognitiivista psykoterapiaa, on kyetty kehittämään keholähtöisemmiksi. (Ogden, Minton & Pain 2006, xxx, 30; Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016, viitattu 23.4.2019.)

Päädyin tutkimaan kokemuksia trauman kehollisuudesta, sillä aiheesta ei löytynyt juurikaan tutkimustietoa. Itse psykkinen trauman kehollisista tuntemuksista löytyy tutkittua tietoa, mutta tutkimuksia, joissa kuvataan ihmisen varsinaisia kokemuksia aiheesta, ei löytynyt. Lisäksi aihe sekä oppinäytetyön toteutustapa kiinnostavat itseäni ammatillisesti.

2 TRAUMAPERÄINEN KRIISI JA TRAUMATISOITUMINEN

Psyykkinen trauma on käsite, joka tarkoittaa, että jokin tapahtuma tai elinolosuhteiden muutos on niin merkittävä ja järkyttävä, että ihminen häiriintyy siitä psyykkisesti. Traumaperäisellä kriisillä tarkoitetaan reaktiota laadullisesti ja määrällisesti niin poikkeukselliseen tapahtumaan, että koko elämä, sosiaalinen identiteetti, turvallisuus ja elämän tarkoitus koetaan vakavasti uhatuksi. Traumaperäinen kriisi ja sitä usein seuraava psyykkinen trauma ovat seurausta joko äkillisestä vakavasta traumasta tai pitkäaikaisesta kuormituksesta. (Hammarlund 2001, 91–92.)

Moni ihminen joutuu elämänsä aikana tilanteeseen, jossa hänen aikaisemmat kokemuksensa ja oppimansa reaktiotavat eivät auta ymmärtämään tilannetta. Tällaista elämäntilannetta nimitetään traumaattiseksi kriisiksi. Traumaattisen kriisin syntyyn johtaneita tilanteita voivat olla muun muassa läheisen kuoleman, oma tai läheisen sairastuminen, äkillinen invaliditeetti, joutuminen sairaalaan, uskottomuus tai avioero, raskauteen tai synnyttämiseen liittyvät epäonnistumiset, sosiaaliset epäonnistumiset, häpeälliseksi koetut tilanteet sekä ulkoiset katastrofit. Ulkoisia katastrofeja voivat olla esimerkiksi sota, onnettomuudet, läheisen psyykkinen luhistuminen, läheisen itsemurha tai sen yritykset tai joutuminen rikoksen kohteeksi. (Hyllinen 2008, viitattu 8.1.2018.)

Traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat tilanteen arvaamattomuus ja kontrolloimattomuus, lisäksi tapahtuma on luonteeltaan sellainen, että se muuttaa tai koettelee elämänarvoja. Usein tilanteeseen liittyy myös kokemus siitä, että tapahtuman myötä kaikki muuttuu. (Hyllinen 2008, viitattu 8.1.2018.)

2.1 Traumaattisen kriisin vaiheet

Vaikka jokainen ihminen kokee traumaattisen tapahtuman tai kriisin omalla tavallaan ja reaktiot siihen voivat poiketa runsaastikin, on reaktioissa myös havaittavissa tietty lainomaisuus. Reaktion voimakkuus riippuu muun muassa stressitekijän laadusta, voimakkuudesta ja kestosta, kriisissä olevan henkilön psyykkisestä herkkyydestä sekä aiemmin koetuista elämäntapahtumista ja mahdollisista traumaattisista kokemuksista. Erityisen järkyttävät tilanteet voivat kuitenkin laukaista akuutin stressireaktion oireita kenelle tahansa. (Saari 2012.)

Traumaattinen kriisi voidaan jakaa neljään luonnolliseen vaiheeseen, joita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, läpityöskentelyvaihe ja uudelleen orientoitumisen vaihe. Kriisin akuuttiin vaiheeseen kuuluvat sokki- ja reaktiovaiheet, joiden kestona pidetään 4–6 viikkoa. (Hyllinen 2008, viitattu 21.3.2018.)

Sokkivaiheessa yksilö yleensä torjuu tapahtuman. Ulospäin hän saattaa toimia järjestäytyneesti, mutta pinnan alla kaikki on kaaosta ja keho ylivireystilassa. Kokemukset leijumisesta tai itsestä irrallaan olosta ovat tavallisia ja tapahtumat pyörivät pakonomaisesti mielessä estäen nukkumisen (Antervo 2017, viitattu 21.3.2018). Sokkivaihe kestää joistain hetkistä vuorokausiin. Reaktiovaiheessa yksilön on pakko kohdata todellisuus ja löytää jokin merkitys elämää järkyttäneelle tapahtumalle. Tapahtuman muistot pyrkivät jatkuvasti mieleen, mikä aiheuttaa luonnollisesti ahdistusta, surua, ärtyneisyyttä tai vihaa. Akuutin kriisin olennaisin osa on surureaktio, johon voi liittyä fyysisiä oireita kuten pahoinvointia, hengenahdistusta, epätoivoa ja tyhjyyden tunnetta. Suru ja epätoivo saattavat ajaa yksilön epätoivoisiin tekoihin esimerkiksi alkoholin väärinkäyttöön ja irtosuhteisiin. Reaktiovaiheeseen kuuluvat myös erilaiset psyykkiset puolustuskeinot, joita voivat olla muun muassa taantumisen, kieltämisen, syyllisyyden tunteen projisoiminen, rationalisoiminen, tunteiden eristäminen ja niiden torjuminen. (Hyllinen 2008, viitattu 21.3.2018.)

Reaktiovaiheesta lähdetään kohti akuutin vaiheen päättymistä. Siihen kuinka reaktiovaiheesta selviytyy vaikuttaa muun muassa kriisin luonne, yksilön elämäkokemus ja ominaisuudet, aikaisemmat kriisikokemukset sekä ympäristöltä saatu tuki ja huolenpito. Huolenpito pitää sisällään sosiaalisen tuen, yhteiskunnan antaman avun ja mahdollisen jälkihoidon. Kun akuuttivaihe on selkeästi päättynyt ja jos kriisin aiheuttamat tunteet on onnistuneesti läpityöskennelty, alkaa uudelleen suuntautumisen vaihe. Uudelleen suuntautumisen vaiheessa yksilö alkaa trauman ja menneisyyden sijasta suunnatta ajatuksiaan tulevaisuuteen ja elämään alkaa tulla uusia kiinnostuksen kohteita. Myös järkyttynyt itsetunto alkaa palautua. (Hyllinen 2008, viitattu 21.3.2018.)

2.2 Traumatisoituminen

Traumatisoituminen on seurausta traumaattisen tapahtuman integroinnin eli yhdistämisen epäonnistumisesta muuhun elettyyn elämään. Voimakkaasti olemassaoloa uhkaava tilanne käynnistää puolustautumismekanismen kehossa ja mielessä. Havainnot kapeutuvat, ajantaju heikkenee ja tunteet turtuvat, kun kaikki kehon reaktiot palvelevat pelkästään henkiin jäämistä. Tämä kaikki heikentää kokonaisen muiston luomista tapahtumasta, vaikka juuri tapahtuman integroituminen, sekä ulkoisten ja sisäisten havaintojen yhdistyminen ovat avainasemassa traumatapahtuman yhdistämisessä omaan elämään kuuluvaksi. (Suokas-Cunliffe 2006, viitattu 15.2.2018.)

Elämässä koettu traumaattinen tapahtuma ei automaattisesti johda traumatisoitumiseen. On myös hyvin paljon yksilöstä kiinni, kuinka hän tapahtuneen kokee. Siksi esimerkiksi samassa traumaattisessa tilanteessa olleista ihmisistä toiselle voi kehittyä äkillinen stressireaktio eli akuutti stressireaktio, joka myöhemmin kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi, kun taas toinen kykenee jatkaamaan elämäänsä ilman oireita. Traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen vaikuttavat myös traumatapahtuman jälkeen saatu sosiaalinen tuki, ihmisen oma psyykinen kestävyys eli resilienssi tai jo olemassa olevat psyykkiset ongelmat ja uupumus. (Henriksson & Lönnqvist 2017, viitattu 21.3.2018.)

Traumaperäinen stressihäiriö

Mikäli traumaattisen kriisin aiheuttamat tunteet jäävät käsittelemättä ja stressireaktio jää niin sanottu päälle, voi siitä kehittyä posttraumaattinen stressihäiriö eli traumaperäinen stressihäiriö, englanniksi Post Traumatic Stress Disorder, jonka lyhenne on PTSD. Emotionaalisen trauman tulee olla erityisen voimakas, esimerkiksi ihmisarvoa alentava ja voimakkaasti nöyryyttävä tai elämän jatkuvuuden tunteen kadottava, jotta traumaperäinen stressihäiriö puhkeaa. Häiriön puhkeaminen voi johtua myös siitä, että puolustuskeinot estävät asian käsittelyn. PTSD:lle altistavat tutkimusten mukaan naissukupuoli, aiempi traumahistoria sekä psykiatrinen sairastavuus. (Hyllinen 2008, viitattu 21.3.2018.)

PTSD:n kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia yksilöstä riippuen. Häiriö voi kestää vain muutamia kuukausia tai jatkua vuosikymmeniä vaikeasti invalidisoivana oireyhtymänä, muuttaen jopa koko persoonallisuutta. Häiriö alkaa usein äkillisenä stressireaktiona järkyttävän tapahtuman jälkeen, mutta se voi alkaa myös viiveellä. Erityisesti akuutit voimakkaat dissosiatiiiviset oireet esimerkiksi

flashback-tilat eli dissosiativiset palaumat, ennakoivat pidempiaikaista oireyhtymää. Noin kolmasosalle traumaperäisesti stressihäiriöstä kärsiville jää useita vuosia kestävä krooninen oireyhtymä, jonka oireet vaihtelevat ajankohtaisten stressitekijöiden mukaan. (Henriksson & Lönnqvist 2017, viitattu 21.3.2018.)

PTSD:n tyypillisin oire on traumaattisen tapahtuman uudelleen toistumisen ja kokemisen tunne. Järkyttävä kokemus pyörii mielessä painajaisunina ja flashback-kokemuksina, jotka voivat muistuttaa joissain tilanteissa lyhytaikaista psykoottista aistiharhaista tilaa. Yksilö alkaa usein myös välttämään asioita, jotka muistuttavat traumasta, mikä johtaa välittämiskäyttäytymisen syntymiseen. Kun ihminen pyrkii välttämään tiettyjä traumasta muistuttavia tilanteita, paikkoja ja ihmisiä, voi välttämiskäyttäytyminen johtaa toimintakyvyn menetykseen ja huomattavaan elämän kapeutumiseen. Muistivaikkeudet tai -vääristymät, turtumuksen tai vieraantumisen tunteet, kiinnostuksen väheneminen ja kohtuuttomat itsesyytökset ovat tyypillisiä häiriön oireita. Nämä oireet ja tuntemukset voivat olla vaikuttamassa siihen, ettei ihminen itse tunnista niitä traumaattisesta tapahtuneesta johtuviksi ja hakeutuu hoitoon viiveellä. Lähes kaikilla häiriöstä kärsivillä tila aiheuttaa myös unettomuutta sekä painajaisiin heräämistä. Kohonneeseen vireystilaan ja traumamielikuvien toistumiseen liittyy usein monimuotoista autonomisen hermoston oireilua kuten sydämentykytystä. (Henriksson & Lönnqvist 2017, viitattu 21.3.2018.) Trauman kokeneilla on todettu myös tavallista enemmän erilaisia somaattisia kroonisia sairauksia (Kuusela & Siltanen 2008, 158).

3 PSYKKISEN TRAUMAN KEHOLLISET TUNTEMUKSET JA SEN ULOTTU- VUUDET

Ihmisen joutuessa ylivoimaisen uhkaavaan tilanteeseen kehossa käynnistyy automaattisia reakti-
tiota, jotka ovat sillä hetkellä tarkoituksenmukaisia ja tähtäävät tilanteesta selviämiseen. Kun tilanne
on ohi traumatisoitunut ikään kuin jatkaa toimintaa, joka käynnistyi, kun hänelle tapahtui jotakin.
Turvallisessa nykyhetkessä tilanteessa toiminta on usein asiaankuulumatonta ja vahingollista.
Traumatisoituneen mieli ja keho ovat kuitenkin niin sanotusti jumiutuneet automaattisiin toiminta-
malleihin, kuten pako-, taistelu- ja jähmettymisreaktioihin. Nämä keholliset eli sisäeritykseen liitty-
vät ja liikunnalliset mallit voivat laueta hyvin pienestäkin traumaa muistuttavasta ärsykkeestä. (Van
der Kolk 2006, xxi.)

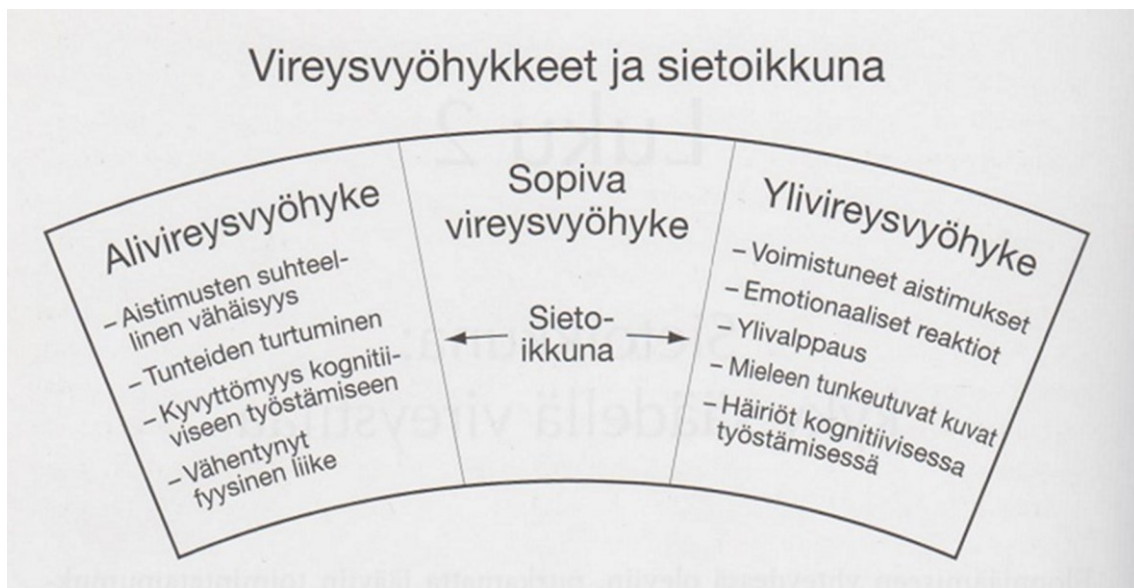
Psyykkisestä traumasta kärsivä voi hakeutua somaattisten oireidensa vuoksi perusterveyden huol-
toon, jossa oireille ei löydy selittävää tekijää. Somaattisten tutkimusten jälkeen potilaat voivat oh-
jautua psykiatriin tutkimuksiin, jolloin traumataustan olemassaolo kenties selkenee ja potilaan
hoitoa päästään suunnittelemaan. Vaikeat lapsuudenaikaiset traumat voivat kehittyä dissosiatii-
viseksi persoonallisuushäiriöksi, jolloin oireiden kirjo voi olla vieläkin monimuotoisempi ja ne voi-
daan siksi helposti tulkita johtuviksi jostain muusta sairaudesta tai mielenterveyden häiriöstä, esi-
merkiksi skitsofreniasta (Huttunen 2018, viitattu 16.4.2020).

3.1 Psykofysiologiset vireystasot

Aivot kommunikoivat kehon kanssa ääreishermoston välityksellä. Ääreishermosto koostuu toimin-
nallisesti autonomisesta (tahdosta riippumattomasta) ja somaattisesta (tahdonalaisesta) hermos-
tosta. Autonominen hermosto voidaan jakaa vielä sympaattiseen haaraan ja parasympaattiseen
haaraan: sympaattinen haara aktivoituu stressin aikana ja parasympaattinen levon ja rentoutumi-
sen aikana. Hermoston aktivoituminen tietystä ärsykkeestä vie ihmisen vireystilasta toiseen sopi-
van vireysvyöhykkeen puitteissa. Vireystila vaihtelee luonnollisesti ympäristön ärsykkeiden ja sen
muutosten sekä ihmisen välittömän sisäisen tilan mukaisesti. Joustava vireystilan säätely mahdol-
listaa suoriutumisen senhetkisestä tehtävästä parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi matala
vireystila auttaa nukahtamaan ja korkea vireystila kohtaamaan tärkeän haasteen. Traumatisoi-

vassa tilanteessa vireystila voi muuttua ylivireydeksi tai alivireydeksi, sillä puolustusjärjestelmä pyrkii selviämään tilanteesta vireystiloihin liittyvien mekanismien avulla. Näiden kahden ääritilan välille jää sopiva vireystila eli sietoikkuna, jonka leveys on jokaisella melko vakiintunut. (Piironen 2012, 87–88; Odgen, Minton & Pain 2006, 28.)

Traumaperäisistä häiriöistä kärsivät ovat taipuvaisia vireystilojen äkillisille heilahteluille, sillä heidän sietoikkunansa on usein hyvin kapea ja ärsykekynnys matala. Kun jokin traumasta muistuttava ärsyke ylittää yllättäen reaktiokynnyksen, jättää se ihmisen hallitsemattoman vireystilan tai niiden vaihteluiden armoille muuttaen käytöksen jäsentymättömäksi. Toisaalta joskus traumaperäisestä häiriöstä kärsivällä voi olla näennäisen korkea ärsykekynnys. Tällöin ihminen ei esimerkiksi reagoi ympäristön epätavallisen koviin ääniin millään tavalla ennen kuin tietty kynnys ylitetään, ja silloin reagointi tapahtuu suhteettoman korkealla vireydellä harmittomiinkin ärsykkeisiin. (Odgen, Minton & Pain 2006, 33–36.)



Vireysvyöhykkeet ja sietoikkuna (Odgen, Minton & Pain 2006)

Jos tila on ylivireys, informaation tehokas työstäminen epäonnistuu ja mieleen tunkeutuvat kuvat, tunteet ja kehoaistimukset, joiden seurauksesta pulssi kiihtyy, verenpaine nousee ja ihon sähköjohtavuus muuttuu. Myös jännitys ja tahattomat tai hallitsemattomat liikkeet liittyvät ylivireystilaan. Pitkään jatkunut ylivireystila johtaa usein noidankehään, jossa traumaperäisten ärsykkeiden laukaisema vireystila johtaa traumamuistojen lisääntymiseen ja mieleen tunkeutumiseen, mikä taas

nostaa vireystilaa entisestään. Kroonistunut ylivireystila heikentää yleistä kykyä tehdä tarkoituksenmukaisia valintoja elämässä. Tunneviestien tulkinta vääristyy, sillä ylivireystila saa mielen tulkitsemaan harmittomatkin signaalit vaarallisiksi. (Odgen, Minton & Pain 2006, 29, 34–35.)

Tilan muuttuessa alivireydeksi tunteet ja aistimukset ovat hyvin vähäisiä, jolloin mielen valtaa turtuneisuus, kuoleman ja tyhjyyden tunnot, passiivisuus sekä jopa halvaantumisen tuntu. Alivireystilan aiheuttama uudelleeneläminen johtaa samankaltaiseen muisti-, liike- ja tunnetoimintojen sekä somaattis-sensorisen tietoisuuden menettämiseen kuin traumatapahtuman aikana. Pitkäkestoisena alivireystila aiheuttaa usein kehollisia ja psyykkisperäisiä dissosiaatio-oireita, kuten liikevoiman puutetta, liikkeiden hallitsemattomuutta, kehon sisäisten aistimusten turtumista ja kognitiivisia vääristymiä, muistin menetystä, identiteetin kadottamista, sekavuustiloja sekä keskittymisvaikeuksia. On kuvattu myös heikentynyttä kykyä kokea tunteita ja reagoida emotionaalisesti merkittäviin tapahtumiin, mikä heikentää emotionaalista työstämistä. Alivireyden aiheuttamat oireet voidaan tulkita masennukseksi tai passiivis-aggressiiviseksi käytökseksi. (Odgen, Minton & Pain 2006, 35–36.)

Jotta traumatapahtumaan liittyvät muistot voitaisiin integroida osaksi ihmisen tietoista minää, tulee vireystilan pysytellä sietoikkunan puitteissa. Poikkeuksena tästä vakavan trauman aiheuttama vaikea dissosioituminen, jonka seurauksena mielen yhdistämiskyky voi pettää kaikilla kolmella vireysvyöhykkeellä. (Odgen, Minton & Pain 2006, 37.)

3.2 Polyvagaaliteoria psyykkisen trauman kehollisuuden selittäjänä

Neurofysiologi Stephen W. Porges julkaisi polyvagaalisen teorian vuonna 1994. Porges havaitsi tutkiessaan keskosten hengissä selviämistä ennustavia tekijöitä, että sama hermo voi sekä vahvistaa sydämen tervettä toimintaa että aiheuttaa kuolemaan johtavan harvalyöntisyyden (Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016, viitattu 23.4.2019). Teoria perustuu lisäksi luonnontieteilijä Charles Darwinin havaintoihin, joiden mukaan emotiot eli tunteet antavat ihmisten ja useimpien nisäkkäiden toiminnalle muodon ja suunnan, ja ne ilmenevät ensisijaisesti kasvojen ja kehon lihaksissa. (Van Der Kolk 2014, 93, 98.) Teoria hahmottaa uudella tavalla autonomisen hermoston rakennetta, luonnetta ja toimintaa. (Punkanen 2015, 165.)

Polyvagaalinen viittaa kiertäjä- eli vagushermoon, jolla on kaksi haaraa. Toinen on dorsaalinen eli selänpuoleinen haara ja toinen ventraalinen eli vatsanpuoleinen haara. Vagushermo on parasymptaattisen hermoston päähermo, joka toiminnallisesti yhdistää aivot muuhun kehoon. Se myös liittyy kaikkien biologisten prosessien säätelyyn. Teorian mukaan autonomisessa hermostossa on erilaisia hierarkkisesti reagoivia alajärjestelmiä, joista jokainen vastaa vireyden kolmitasoisen säätelymallin yhdestä vyöhykkeestä. (Punkanen 2015, 165; Odgen, Minton & Pain 2006, 30.)

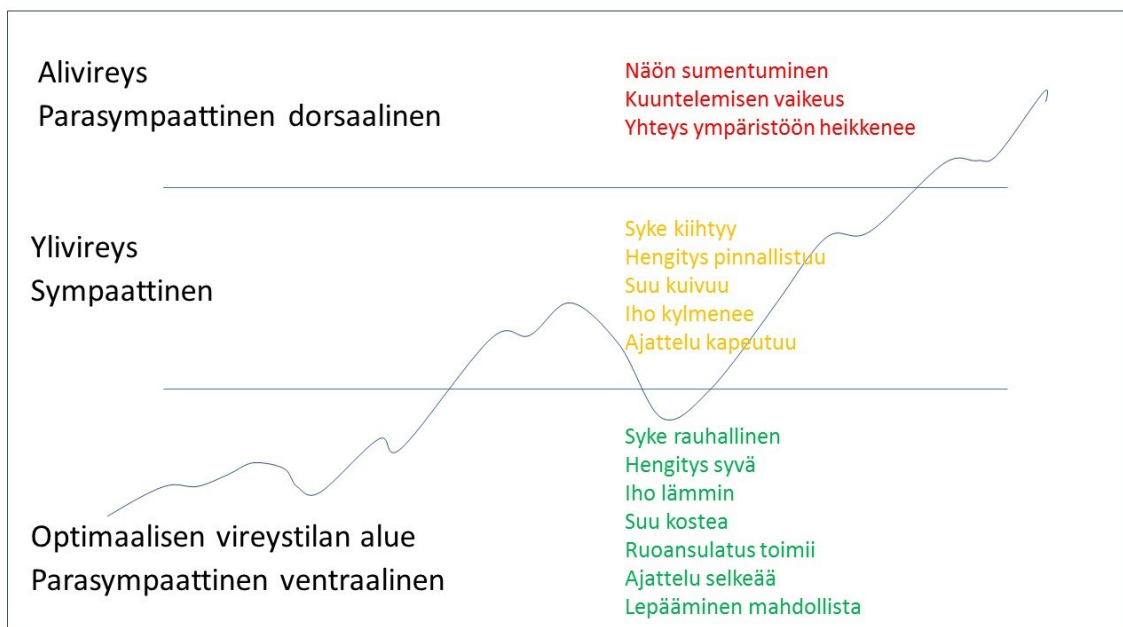
Ensimmäistä alajärjestelmää kutsutaan sosiaalisen *sitoutumisen järjestelmäksi* ja se on kehityso pillisesti nuorin ja hienostunein. Se on myeliinitupen peittämä kiertäjähermo, joka saa alkunsa aivorungon ytimestä ja muodostuu kiertäjähermon vatsanpuoleisesta haarasta. Vatsanpuoleinen kiertäjähermosto on aktiivinen silloin kun vireystila on sietoikkunan vyöhykkeellä. Hermosto vastaa myös ihmisen tietoisuuden ja hereillä olon asteesta ja mahdollistaa joustavan yhteydenpidon sekä säätelee niitä kehonosia, joita käytetään sosiaalisessa ja ympäristön kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä mahdollistaa joustavat sosiaaliset suhteet, niistä irtautumisen sekä nopean yhteyden ympäristöön. Se säätelee sydämen lyöntitiheyttä ja sallii ihmisen sekä rauhoittua että lähteä uudelleen liikkeelle ilman sympaattisen hermojärjestelmän käynnistymistä. Tätä toimintaa kutsutaan *jarrumekanismiksi*. Jarrumekanismin avulla järjestelmä synnyttää tyyniä ja joustavasti sopeutuvia yleistiloja, mikä auttaa pitämään vireystilan sietoikkunan puitteissa. Vagaalisen jarrun tehokas ja tarkoituksenmukainen käyttö on siis keskeistä itsesäätelyn kannalta. (Punkanen 2015, 167; Odgen, Minton & Pain 2006, 30–31.)

Sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä säätelee sympaattista hermostoa tilanteissa, jotka eivät ole uhkaavia. Tämä auttaa muodostamaan myönteisiä kiintymyssuhteita ja sosiaalisia siteitä. Uhkatilanteissakin ihminen hyödyntää järjestelmää esimerkiksi puhumalla hyökkääjälle järkeä tai yrittämällä vedota tämän tunteisiin. Jos tämä toimintatapa ei tehoa ja tilanne uhkaa muuttua henkeä uhkaavaksi, tekee järjestelmä automaattisesti tilaa seuraavalle alajärjestelmälle, jonka sympaattisen hermojärjestelmän reaktiot soveltuvat tilanteeseen paremmin. (Odgen, Minton & Pain 2006, 31–32.)

Kehityso pillisesti alkukantaisempi ja vähemmän joustava järjestelmä on sympaattisen hermoston *taistele tai pakene* -reaktio. Tämän sympaattisen hermojärjestelmän jäntevöityessä vireys kohoaa kohti sietoikkunan ylärajaa. Aivojen vaaralliseksi tulkitsema tilanne laukaisee mielestä kehoon ulottuvan ketjureaktion, jonka seurauksena sympaattinen hermojärjestelmä menee päälle ja vireys jatkaa kohoamistaan. Nämä *hätätilareaktiot* panevat liikkeelle energiaa, mikä valmistaa ihmistä uhkan

edellyttämiin voimatoimiin, esimerkiksi lyömään hyökkääjää ja pakenemaan tilanteesta. Hengitys nopeutuu ja syvenee reaktiona suurempaan hapentarpeeseen, lihasverenkierto lisääntyy, verenkierto aivokuoressa vähenee, valppaus lisääntyy ja ne fyysiset reaktiot, jotka eivät ole puolustuksen kannalta olennaisia, ajetaan alas. Ylivireys siis parantaa mahdollisuuksia jäädä henkiin voimakkaiden taistele tai pakene -reaktioiden avulla. Näiden reaktioiden laukeaminen kuluttaa sekä energiaa että aiheuttaa elimistöön purkautuvien neurokemikaalien aineenvaihdunnallisen hajoamisen, jotka taas auttavat vireystilaa palautumaan vähitellen sietoikkunan puitteisiin, jos uhka poistuu eikä voimatoimia tarvita. Jos tämäkin järjestelmä epäonnistuu turvallisuuden varmistamisessa, on teorian mukaan olemassa vielä kolmas alajärjestelmä. (Odgen, Minton & Pain 2006, 31–32.)

Alkukantaisinta alajärjestelmää kuvaa *jähmettymisreaktio*. Myös tämä järjestelmä saa alkunsa aivorungosta, parasympaattisen hermoston toisesta haarasta, selänpuoleisesta kiertäjähermostosta. Selänpuoleisen kiertäjähermoston eli myeliinitupettoman vaguksen toiminnan laukaisee hypoksi-nen tila (hapenpuute kudoksissa) ja sen tehtävä on laskea vireystilaa kohti alivireyttä ja eloonjää-misen takaavaa liikkumattomuutta. Järjestelmä tekee mahdolliseksi kuolleeksi tekeytymisen sekä aivojen hapenpuutteesta johtuvan tajunnan menetyksen. (Odgen, Minton & Pain 2006, 32–33.)



Vireystilaikkuna ja polyvagaaliteoria (Pelkonen 2018)

Selänpuoleisen kiertäjähieron kasvanut jänteys liittyy energian säästämiseen, toisin kuin sympaattisen hermoston välittämät energiaa kuluttavat prosessit yleensä. Kehotoiminnot alkavat hidastua ja sydämen syke sekä hengitystiheys laskee, mikä johtaa tunnottomuuteen ja tuntuun aivo toiminnan lakkaamiselta sekä itsestä erkaantumiselta. Kun uhkaavassa tilanteessa toiminta ei ole mahdollista voi äärimmäinen järjestelmän aktivoituminen johtaa pyörtymiseen, oksentamiseen tai peräsuolen sulkijalihaksen hallinnan menettämiseen. Jähmettymisen tarkoitus on pelastaa henki, mutta pitkään jatkuneena se voi johtaa harvalyöntisyyteen, rytmihäiriöihin, hengityskatkoksiin ja jopa kuolemaan. Seksuaalisen väkivallan uhrit ovat usein niitä, jotka ovat ensin yrittäneet taistella vastaan, mikä on mahdollisesti vain lisännyt tilanteen uhkaavuutta. Kun vastaan taistelu ei ole tuottanut tulosta ovat he lopulta jähmettyneet. (Odgen, Minton & Pain 2006, 32–33.)

Polyvagaaliteorian yhteydessä puhutaan neuroseptiosta, joka tarkoittaa autonomisen hermoston kykyä arvioida hermoston tasolla sitä, ovatko tilanne ja ihmiset ympärillämme turvallisia, uhkaavia vai jopa hengenvaarallisia. Se on siis mekanismi, joka arvioi sekä ulkoisia että sisäisiä ärsykeitä kaiken aikaa. Traumatisoituneilla ihmisillä neuroseption toiminta on usein häiriintynyt, jolloin informaatio tulkitaan vääräksi ja oikeasti turvallinen tilanne tulkitaan uhkaavaksi tai jopa hengenvaaralliseksi. Virhetulkinnat voivat johtaa myös siihen, että uhkaava tilanne tulkitaan turvalliseksi. Neuroseption virhetulkinnat ovat siis monella tapaa ongelmallisia traumatisoituneelle. (Punkanen 2015, 165.)

Polyvagaaliteorian avulla psyykkisen trauman hoitoa eli traumaterapiaa on voitu kehittää siten, että hoidossa tunnistetaan paremmin trauman aiheuttamat biologiset ja toiminnalliset reaktiot ja että hoidossa voidaan suunnata terapeutista toimintaa kohti kehollisten interventioiden käyttöä. Niitä ovat esimerkiksi kehotietoisuusharjoitukset, keholliset ankkuri- ja turvapaikkatekniikat sekä turvapaikkamusiikin etsiminen ja sen käyttö. (Punkanen 2015, 167, 171.)

3.3 Dissosiaatiohäiriö, vakavan psyykkisen traumatisoitumisen seuraus

Dissosiaatiohäiriöt on luokiteltu kansainvälisessä tautiluokituksessa ICD-10:ssä (International Classification of Diseases) neuroottisten, stressin aiheuttamien ja somatoformisten häiriöiden ryhmään. Yhdysvaltalainen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) puolestaan luokittelee dissosiaatiohäiriöt omaksi ryhmäkseen. (Lauerma 2017, viitattu 6.2.2018.)

Nykytietämyksen mukaan dissosiaatiohäiriö on seurausta varhaisesta traumatisoitumisesta kiintymyssuhteissa. Dissosiaatiohäiriölle altistavat kasvuolosuhteet, joissa lapsi joutuu raa'an ja toistuvan kaltoinkohtelun uhriksi. Kaltoinkohtelu voi olla seksuaalista hyväksikäyttöä, väkivaltaa tai lapsen tarpeiden laiminlyöntiä. Kaltoinkohtelu on kuitenkin aina luonteeltaan sellaista, että se aiheuttaa lapselle toistuvasti uhkatilanteen. Tällainen kaltoinkohtelu vaurioittaa autonomisen hermoston säätelemän puolustusrakenteen kehittymistä ja integroitumista eli sulautumista osaksi persoonaa. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006, viitattu 15.8.2018.)

Lapsena koettu trauma, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, vaurioittaa kehittymässä olevaa persoonallisuutta usein laaja-alaisesti. Vakavimmat dissosiaatiohäiriöt syntyvätkin lapsuudessa tai nuoruudessa, jolloin persoonallisuus on vielä integroitumaton. Kokemuksen yhdistämiseen tarvittavat aivoalueet, kuten hippokampus ja prefrontaalinen aivokuori ovat vielä kypsyttömiä. Hoiavaan aikuisen ja lapsen kiintymyssuhteen laatu ja jatkuvuus ovat ensiarvoisen tärkeitä, sillä lapsi tarvitsee usein aikuista selvitäkseen voimakkaista ja mieltä järkyttävistä tilanteista ja tunteista. Mikäli lapsi joutuu hakemaan turvaa samoista aikuisista, jotka myös tuottavat uhkaavia ja traumaattisia tilanteita, lapsen ja vanhemman välille kehittyy disorganisoitunut kiintymyssuhde, joka osaltaan johtaa myöhemmin kehittyvään dissosiaatiohäiriö. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006, viitattu 15.2.2018.)

Dissosiaatioissa ihminen turtuu sekä emotionaalisesti että kehollisesti ja välttää traumasta muistutavia ärsykeitä. Ihminen myös elää traumaa uudelleen mieleen tunkeutuvina takaumina, unina, ajatuksia ja kehollisina oireina. Turtuneisuuden vaiheessa traumaattiset tapahtumat etäännytetään ja erkaannutetaan arkitietoisuudesta, jolloin traumasta kärsivä tuntee olonsa tunnottomaksi ja irralliseksi; hän tuntee elävänsä niin sanotusti tietoisuuden pinnalla. Tunkeutuvuuden vaiheessa trau-

maattiset tapahtumat palaavat tunkeutuvina ajatuksina, kuvina ja tunteina. Silloin traumasta kärsivää vaivaavat traumaattista tapahtumaa koskevat irralliset muistumat, jotka palaavat väkisin mieleen. (Odgen, Minton & Pain 2006, 4.)

Dissosiaatio-oireet ovat sekä psykologisia (psykkisiä) että sensorimotorisia (kehoeräisiä). Psykkisperäiset oireet liittyvät psyykkisten toimintojen lohkomiseen, jolloin ne ilmenevät hallitsemattomina tunteina, keskittymisvaikeuksina, muistin menetyksenä ja muina muistihäiriönä sekä muuttuneina uskomusjärjestelminä. Kehoperäiset oireet liittyvät kehoaistimuksiin, liikkeisiin ja aisteihin. Oireisiin kuuluvat aistivääristymät, häiriöt fyysisessä vireystilassa, kehoaistimusten puuttuminen, kipu, liikehäiriöt sekä trauman eläminen uudelleen somaattis-sensorimotorisina muistumina. (Odgen, Minton & Pain 2006, 4–5.)

Rakenteellisen dissosiaatioteorian mukaan ihmisen persoona jakautuu traumatisoitumisen jälkeen näennäisen normaaliin persoonan osaan (apparently normal part of personality, ANP) ja emotionaalisiin persoonan osiin (emotional part of personality, EP). ANP jatkaa tavallista elämää erillään traumatapahtumasta ja EP kantaa traumamuistot sekä mielen että kehon tasolla. (Suokas-Cunliffe 2006, viitattu 15.2.2018.)

Näennäisen normaalissa persoonan osassa on usein paljon negatiivisia dissosiaatio-oireita, joista äärimmäisin on täydellinen muistamattomuus suhteessa menneisyydessä tapahtuneisiin traumaattisiin tapahtumiin. Lapsi saattaa esimerkiksi käyttäytyä täysin normaalisti koulussa, eriyttäen kotona tapahtuvat asiat omasta itsestään. Tapahtuneen eriyttäminen itsestä on alun perin yksi minän suojausmekanismeista, esimerkiksi lapsuudessa opittu ylivoimaisten tilanteiden säätelykeino, jonka avulla voi kapeuttaa oma tietoisuus ja päästä sietämättömästä tilanteesta mielellisesti pois. Kun tapahtumaa ei pystytä integroimaan osaksi omaa elämäntarinaa, traumaattiset tapahtumat eivät tunnu itse koetuilta vaan jonkun muun elämältä. Tällöin tapahtumiin liittyvät tunteet jäävät työstämättä. Vähäinen tai kokonaisvaltainen yhteys omiin tunteisiin voi johtaa kaikkien aistien puutteellisuuteen tai häviämiseen: Traumatisoitunut voi yhtäkkiä olla kyvytön näkemään tai kuulemaan. Myös kivun aistiminen voi olla rajoittunutta ja liikkuminen hankalaa tai mahdotonta. Negatiivisia dissosiaatio-oireita ovat myös kyvyttömyys puhua tai niellä. (Suokas-Cunliffe 2006, viitattu 15.2.2018.)

4 PSYKKISEN TRAUMAN HOITOMUODOT

Elämänlaatua heikentävän psyykkisen trauman vaikuttavimpia hoitomuotoja ovat traumakeskeinen kognitiivinen psykoterapia, EMDR-terapia (silmän liikkeillä pois herkistäminen ja uudelleen prosessointi) tai muu näyttöön perustuva psykososiaalinen hoito ja tarvittaessa oireen mukainen lääkitys aikuisilla. (Käypähoito 2014, viitattu 13.12.2019.) Psyykkisen trauman hoitomuoto riippuu kuitenkin paljolti siitä, miten se vaikuttaa ihmisen elämään ja millaisia tunteita siihen liittyy. Sensorimotorinen psykoterapia on kehitetty perinteisen psykoterapeuttisen tiedon pohjalta helpottamaan purkamattomalle traumalle tyypillisiä toistuvia ja epätoivottuja fyysisiä aistimuksia ja tunteita, liikkeiden estymistä sekä somaattis-sensorista tunkeutuvuutta. Kehollisilla väliintuloilla ja erilaisilla itesäätelymenetelmillä pyritään helpottamaan psyykkisestä traumasta johtuvia kokonaisvaltaisia tunteita. (Odgen, Minton & Pain 2006, xxx.)

4.1 Traumakeskeinen kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivisessa traumaterapiassa tavoitteena on auttaa ihmistä pääsemään eteenpäin traumaan juuttumisesta niin, ettei menneisyys jatkuvasti vaivaa häntä eikä hänen tarvitse tulkita tilanteita ja tunteita merkiksi trauman palaamisesta. Traumakeskeisessä kognitiivisessa psykoterapiassa keskeistä on pyrkiä vaikuttamaan kahteen asiaan: ahdistuneisuuden säätelyyn ja siihen, miten trauman kokenut näkee itsensä ja maailman. (Kuusela & Siltanen 2008, 158–159). Myös kognitiivista psykoterapiaa soveltavaa skeematerapiaa käytetään psyykkisen traumatisoitumisen aiheuttamiin tunteisiin. Skeematerapia laajentaa perinteistä kognitiivista psykoterapiaa painottamalla lapsuus- ja nuoruusajan tutkimista psyykkisten oireiden taustalla, tunneyöskentelyä, terapeutti-asia-kassuhteen tutkimista sekä maladaptiivisten (=sopeutumista haittaavien) selviytymiskeinojen tutkimista (Young, Klosko & Weishaar 2003, 5).

Sensorimotorinen psykoterapia

Psyykkisestä traumasta kärsivä ihminen kokee usein traumaperäisten sensorimotoristen reaktioiden palaamisen esimerkiksi tunkeutuvina mielikuvina, ääninä, hajuina, kehoaistimuksina, fyysisenä kipuna, supistumisena, turtuneisuutena sekä kyvyttömyytenä säädellä vireystilaa. Tästä syystä

sensorimotorisessa psykoterapiassa käytetään aistimuksia, liikkeitä ja muita kehokeskeisiä väliintuloja trauman työstämisen ensisijaisina väylinä. Näillä keinoilla voidaan vähentää tuntemuksia ja muuttaa ihmisen kognitiota, emootiota ja uskomuksia. Ne parantavat myös kykyä luoda ja ylläpitää ihmissuhteita. (Odgen, Minton & Pain 2006, xxx–xxxi.)

Sensorimotorinen psykoterapia sekoittaa kognitiivisen -ja psykodynaamisen terapian teorioita ja terapiatekniikoita väliintuloihin, jotka puuttuvat suoraan keholliseen tietoisuuteen ja liikkeisiin. Sensorimotorisessa psykoterapiassa opetetaan tiedostamaan keho, jäljittämään kehoaistimuksia sekä ryhtymään voiman- ja pätevyudentuntoja lisääviin toimiin. Terapian on myös tarkoitus opettaa havainnoimaan, mikä on fyysisen jäsentymisen sekä uskomuksien ja tunteiden välinen suhde. Tarkoitus on myös opetella huomaamaan kuinka esimerkiksi terapian ”tässä ja nyt” hetkessä ilmaistu negatiivinen minäkäsitys vaikuttaa fyysisiin aistimuksiin, asentoon, vireyden autonomiseen muutokseen sekä liikkeisiin. Terapiassa opitaan myös tunnistamaan, kuinka fyysiset aistimukset, asennot ja liikkeet vaikuttavat tunnetiloihin sekä terapiassa käytettyihin sanoihin ja kuvailtuun sisältöön. Väliintulot muuttavat kehon aktiiviseksi osaksi terapiaa, mikä takaa trauman hoitamisessa aikaisempaa yhtenäisemmän mieli-keho lähestymistavan. Sopivassa vaiheessa terapiaa terapeutti pyrkii myös herättämään ihmisessä uteliaisuuden ja kiinnostuksen sitä kohtaan, kuinka kehon reaktiot menneisyydessä koettuun traumaan jatkuvat tämänhetkisessä elämässä ja kuinka reaktioita voidaan muuttaa niin, että kyetään aikaisempaa tarkoituksenmukaisempiin toimiin omassa elämässä. (Odgen, Minton & Pain 2006, xxxi.)

4.2 Itsesäätelymenetelmät

Sensorimotorisessa psykoterapiassa käytetään myös kehollisia vakauttamismenetelmiä, joiden avulla pyritään tarpeen mukaan rauhoittamaan tai virittämään mieli yli- tai alivireystilasta sietoikkunan puitteisiin eli tilaan, jossa informaation vastaanottaminen mahdollistuu ja keholliset tuntemukset helpottuvat. Näitä harjoitteita ovat muun muassa erilaiset läsnäoloa lisäävät harjoitukset, hyvää oloa ja stressiä lievittävät harjoitukset, turvapaikkaharjoitukset sekä rentoutusharjoitukset. Läsnaolo-harjoitteissa pyritään lisäämään läsnäoloa nykyhetkeen eri aistien, kuten näkö-, kuulo-, maku-, haju- ja tuntoaistien avulla. Läsnaoloa voidaan lisätä myös ankkuroivien kokemusten avulla eli valitsemalla kolme tuttua esinettä (esimerkiksi valokuva, kivi tai patsas), joihin keskittyminen muistuttaa nykyhetkestä ja auttaa pysymään siinä. Hyvää oloa lisäävässä ja stressiä lievittävässä harjoituksessa valitaan kaksi esinettä, joista toiseen puretaan puristelemalla ja mielikuvaharjoituksen

avulla kehosta jännitykset sekä epämiellyttävät tunteet ja toisesta ammennetaan hyvää oloa. Turvapaikkaharjoituksessa sisäistä turvallisuuden tunnetta ja itselle turvallisia paikkoja kehitetään mielikuvaharjoitusten avulla. Rentoutusharjoituksia on useita erilaisia, mutta useimmissa on tarkoitus rentouttaa kehoa vaiheittain kuuntelemalla rauhoittavaa kertomusta. Myös tietoinen syvään hengittäminen auttaa pysymään läsnä turvallisessa nykyhetkessä. (Boon, Steele & Van Der Hart 2011, 5, 17, 35, 73, 104–107). Psykoterapeutin kanssa opittuja harjoitteita pyritään viemään arkielämän tilanteisiin, joissa vireys uhkaa kohota tai laskea sietoikkunan ulkopuolelle. (Piironen 2012, 90.)

4.3 EMDR-terapia

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) -menetelmä on yksi tutkituimmista PTSD:n hoidossa käytetyistä menetelmistä. Kontrolloitujen tutkimusten mukaan EMDR-menetelmä on myös yksi tehokkaimmista PTSD:n hoitomuodoista. EMDR-menetelmän kehittäjä on alun perin psykologi, filosofian tohtori Francine Shapiro, joka vuonna 1987 havaitsi nopean ja toistuvan silmän liikkeen vähentävän voimakkaasti ahdistusta. Tämän jälkeen hän kokeili menetelmän eri variaatioita 70 ihmisen kanssa, minkä jälkeen hän kehitti standardoidun menettelytavan. (Saarinen 2018, viitattu 28.1.2020.)

Menetelmän synnyllä ei ole teoreettisia perusteita, mutta hoidon vaikutuksia voidaan teoreettisesti selittää nopeutetun informaation prosessointimallilla, jonka lähtökohtana on sisäisen informaation prosessointisysteemin pyrkimys helpottaa mielenterveyttä hyvin samalla tavoin, kuin mitä keho tekee parantaakseen itsensä, kun se on haavoittunut. Malli on sopusoinnussa myös muiden informaatioteorioiden kanssa. (Saarinen 2018, viitattu 28.1.2020.)

EMDR-terapian päämääränä on vapauttaa ihminen menneisyyden traumaattisista tapahtumista siten, että hän saa takaisin kyvyn tehdä positiivisia ja joustavia valintoja nykyisyydessä. On olemassa oletus, että terapian aikana silmänliikkeet tai vaihtoehtoiset ärsykkeet laukaisevat fysiologisen mekanismin, joka aktivoi informaation prosessointi-systeemin. Kun terapian aikana ihmistä pyydetään palauttamaan mieleensä muisto traumasta, samalla mahdollisesti luodaan yhteys tietoisuuden ja sen paikan välille, jossa trauma on varastoituneena. Jokaisella silmäliikesarjalla liikutetaan häiriintynyttä informaatiota kohti sopivia neurologisia reittejä, kunnes materiaali on adaptiivisesti ratkaistu. Menetelmä organisoii traumamuistoa, katalysoi informaation prosessointisysteemiä, pitää sen dynamisessa tilassa ja auttaa traumamuiston ratkaisussa. Yksi EMDR-terapian perusoletuksia on,

että aktivoimalla trauman prosessointia muisto siirtyy luonnollisesti kohti adaptiivista informaatiota, jota tarvitaan, jotta ratkaisu tapahtuu. Sivutuotteena adaptiivisesta uudelleenprosessoinnista on poisherkeittäminen ja traumaattisen tapahtuman kognitiivinen uudelleenjärjestäytyminen sekä myös tietoisuus asioista ja oivalluksista, jotka ohjaavat ihmistä tulevaisuudessa. Onnistunut uudelleenprosessointi muuttaa traumamuistoa sellaiseksi, joka ei enää ole emotionaalisesti häiritsevä ja ihminen kykenee liittämään muiston osaksi elämänhistoriaansa. (Saarinen 2018, viitattu 28.1.2020.)

EMDR-menetelmää pidetään siis kolmikärkisenä lähestymistapana, jossa asiakas saadaan ensin prosessoimaan nykyistä häiriötä aikaansaavat menneet kokemukset, prosessoimaan nykyisyydessä olevat ärsykkeet, jotka laukaisevat nykyhetkessä koetut häiriöt sekä omaksumaan positiivisia käyttäytymismalleja tuleville adaptiivisille eli mukautuville toiminnoille. EMDR on lisäväline terapeuttiseen viitekehukseen ja hoitomenetelmiin, ei muiden psyykkisten häiriöiden hoitoon käytettävien menetelmien korvaaja. (Saarinen 2018, viitattu 28.1.2020.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla, millaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneella on, sekä millä tavoin tuntemukset ovat vaikuttaneet heidän elämäänsä ja millaisilla keinoilla tuntemukset ovat helpottuneet.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneilla ihmisillä on?
2. Miten psyykkisen trauman aiheuttamat keholliset tuntemukset ovat vaikuttaneet tutkimukseen osallistuvien elämään?
3. Millaisilla keinoilla psyykkisestä traumasta johtuvat keholliset tuntemukset ovat helpottuneet?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kehollisista tuntemuksista psyykkisen trauman kokeneen ihmisen kuvaamana sekä saada tietoa psyykkisen trauman aiheuttamista kehollisista tuntemuksista ja tuntemuksia helpottaneista keinoista. Opinnäytetyön tuottamista tiedoista hyötyvät kaikki psyykkisesti traumatisoituneiden ihmisten kanssa työskentelevät ammattihenkilöt sekä alaa opiskelevat.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa tutkimusaineisto kerätään avoimilla haastatteluilla. Laadullinen tutkimus sopii hyvin terveystutkimuksen toteutukseen, sillä sen tavoitteena on osallistujien näkökulman subjektiivinen ymmärtäminen. (Kylmä & Juvakka 2004, 23.)

6.1 Tutkimusmetodologia

Opinnäytetyön toteutustavaksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimusote. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja päämääränä on löytää sekä paljastaa tosiasioita ihmisen itse kokemana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161, 164.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja analyysi eivät nojaa tarkoin määriteltyihin teoreettisiin lähtökohtiin, sillä tarkoituksena on tarkastella todellisuutta kerätyn aineiston pohjalta. Laadullisen tutkimuksen yhdeksi ominaispiirteeksi onkin nimetty induktiivisuus, vaikka laadullinen tutkimus voidaan jakaa myös deduktiiviseen ja abduktiiviseen laadulliseen tutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä on käytössä Induktiivinen päättely, jossa havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista ja jotka päättelyn avulla yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Yhden haastattelun tarjoamasta kuvauksesta edetään siis yleiskuvakseen. Tällä menetelmällä saa parhaiten selvyttä käsiteltävästä aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2004, 22, 119.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavallista, että tutkimussuunnitelma muuttuu tai täydentyy tutkimuksen edetessä. Tutkimuksen tekijällä tulee kuitenkin olla runko, josta käy ilmi millaisilla metodeilla opinnäytetyö toteutetaan.

6.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistuvat valikoituivat kokeneiden psykoterapeuttien avulla. Psykoterapeutit valitsivat tutkimukseen sopivat ja motivoituneet osallistujat ennakkoesitteen (LIITE 1) avulla. Näin saatiin tutkimuksen osallistujiksi ne ihmiset, joilla todella on kokemuksellista tietoa tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä eli psyykkisen trauman aiheuttamista kehollisista tuntemuksista. Tutkimusjoukko valittiin siis tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käytäen. (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Valikoituneille osallistujille lähetettiin saatekirje (LIITE 2), jossa

kerrottiin tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Suostumuslomake käytiin kaikkien haastateltavien kanssa läpi ja he allekirjoittivat sen ennen haastatteluiden aloittamista (LIITE 3).

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusajatuksena on, että yksityisessä toistuu yleinen. Kun yksittäistä tapausta tutkitaan tarpeeksi tarkasti, saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182.) Koska laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta tai ilmiötä, joka tässä opinnäytetyössä on psyykkisestä traumasta kärsivän ihmisen kokemukset kehollisista tuntemuksista, osallistujamäärä ei ollut tarpeen asettaa etukäteen. Opinnäytetyön lopulliseksi osallistujamääräksi valikoitui kolme vapaaehtoista osallistujaa. Ensimmäiset kaksi haastattelua tehtiin syksyllä 2019 ja kolmas saman vuoden lopussa.

6.3 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu tapahtui avoimen haastattelun menetelmällä yksilöhaastatteluina, koska opinnäytetyössä on tarkoitus päästä selville siitä, miten tutkimukseen osallistujat kokevat trauman keholliset tuntemukset (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 185). Avointa haastattelumenetelmää käytetään yleisesti silloin, kun halutaan saada syvällistä tietoa ihmisen kokemasta ja tutkitaan aihetta, jota on tutkittu vain niukasti. Avointa haastattelua pidetään myös hyvin joustavana aineistonkeruumenetelmänä, sillä haastattelun aikana on mahdollista tarkentaa ja selventää saatuja vastauksia. Lisäksi haastatteluissa on mahdollista nähdä osallistujien ilmeet ja eleet, mikä luo puheelle laajemman kontekstin. Avoin haastattelu muistuttaa monelta osalta tavallista keskustelua, mutta tilanteen kulku ja aiheesta pysyminen jäävät haastattelijan vastuulle. Haastattelutilanteita ohjasivat yksinomaan asetetut tutkimustehtävät, joita ovat: Minkälaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneilla ihmisillä on, miten psyykkisen trauman aiheuttamat tuntemukset ovat vaikuttaneet tutkimukseen osallistuvien elämään ja millaisilla keinoilla keholliset tuntemukset ovat helpottuneet. Lisäksi keskusteluissa luontevasti esiin nousseet tarkennetut kysymykset jäsensivät haastatteluja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 205, 209.)

Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin yksi testihaastattelu haastattelutuntuman saamiseksi. Haastattelut toteutettiin yhdessä osallistujien kanssa sovituspaikassa, jotta tilanne olisi mahdollisimman rauhallinen ja miellyttävä. Vaihtoehtoina olivat haastattelijan tai osallistujan koti, Oulun

ammattikorkeakoulun varattavissa olevat työskentelyhuoneet tai muut yleiset varattavissa olevat työskentelytilat. Yhdelle haastattelulle varattiin aikaa noin 1,5 tuntia, mutta kaikista haastatteluista selvittiin tunnissa. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 30 sivua fonttikoon ollessa 12 ja rivivälin 1,5.

6.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto eli yksilöhaastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä, joka on yksi käytetyimmistä laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmistä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on menetelmä, jossa analyysiyksiköt poimitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. Tutkimusaineiston analysoinnin on tarkoitus luoda sanallinen, selkeä ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108, 117, 122.) Analyysin kaikissa vaiheissa pyrittiin ymmärtämään tutkimukseen osallistujia heidän näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.)

Heti ensimmäisen haastattelun jälkeen aloitettiin aineiston litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen sananaisesti. Litteroinnin avulla päästiin tutustumaan tutkimusaineistoon syvällisesti saaden jo tässä vaiheessa kokonaiskuva ensimmäisestä haastattelusta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111). Litteroinnin jälkeen aloitettiin varsinainen analysointiprosessi, vaikkakin laadullisessa aineistossa analyysia tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

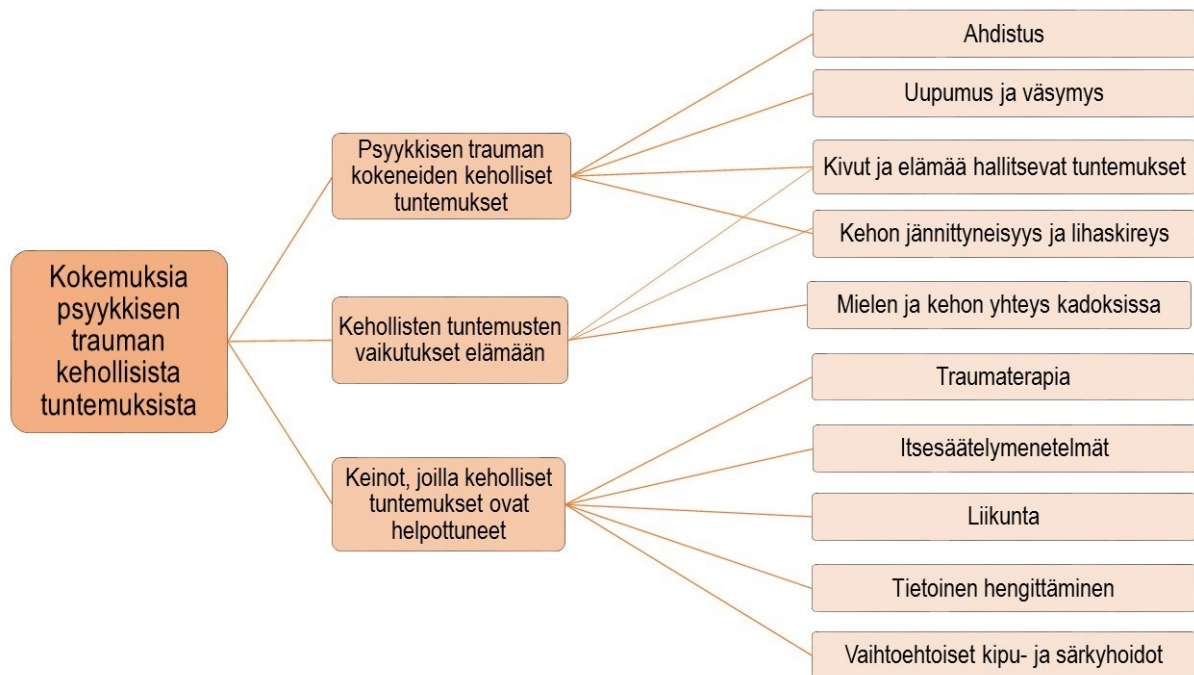
Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan usein kolmeen päävaiheeseen; redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Prosessin ensimmäisen vaiheen aikana aineistosta, eli tässä tapauksessa litteroiduista haastatteluista, pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia alkuperäisilmauksia eli merkitysyksiköitä. Aineistosta poimittiin ne alkuperäisilmaukset, jotka parhaiten vastasivat asetettuihin tutkimustehtäviin sekä tutkimuksen tarkoitukseen. Tämän jälkeen poimitut ilmaukset pelkistettiin eli tiivistettiin, jos se oli tarpeen. Pelkistetyt ilmaukset koottiin yhteen, jotta sisällöllisesti samankaltaisten ilmauksien vertailu ja yhdistäminen onnistui. Käytännössä siis alkuperäisilmauksista tiivistetyt pelkistetyt ilmaukset tulostettiin ja leikeltiin erilleen toisistaan. Tämän jälkeen sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset kerättiin allekkain eli aineisto ryhmiteltiin. Yhdistämisen jälkeen luokat nimettiin siten, että se kattoi kaikki sen alle laitetut pelkistetyt ilmaukset. Ryhmittelyn loppuvaiheessa käytettiin myös taulukoita, joihin muodostettiin valmiit analyysitaulukot. Esimerkki alkuperäisen aineiston pelkistämisestä liitteenä. (Liite 4)

Pelkistämisen jälkeen aloitettiin aineiston ryhmittely, eli pelkistetyt samankaltaiset ilmaukset järjestettiin niitä yhdistävän alaluokan alle. Tämän vaiheen tarkoituksena on tiivistää aineistoa, jotta sen vertaaminen keskenään mahdollistuu. Ryhmittelyn avulla aineistosta voidaan siis luoda luokkien yläluokkia, mutta tällöin yläluokan nimen tulee kattaa kaikkien alle tulevien luokkien sisällölliset merkitykset. Ryhmittelyä kannattaa jatkaa vain niin pitkään, kuin tulosten informaatioarvon säilyminen antaa myöten. Esimerkki aineiston klusteroinnista liitteenä. (Liite 5)

Kolmas vaihe eli abstrahointi, käsitteiden luominen tapahtuu limittäin pelkistämisen ja ryhmittelyn kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117–119.) Lopuksi aineiston analysoinnilla saadut tulokset tulee tulkita, eli pohtia analyysin tuloksia ja tehdä niistä omia johtopäätöksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2004, 229.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata kolmeen asetettuun tutkimuskysymykseen, joita olivat psyykkisen trauman kokeneiden ihmisten keholliset tuntemukset, niiden vaikutukset tutkimukseen osallistujien elämään sekä keinot, joilla keholliset tuntemukset ovat helpottuneet. Sisällön analyysin perusteella muodostuneet ala- ja yläluokat on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1 Tutkimuksen keskeiset tulokset

7.1 Psyykkisen trauman aiheuttamat keholliset tuntemukset ja niiden vaikutukset tutkimukseen osallistuneiden elämään

Ahdistus nousi aineistosta ensimmäiseksi yläluokaksi analysoinnin jälkeen. Ahdistuksen aiheuttamat keholliset tuntemukset olivat moninaisia ja osallistajat kuvasivat ahdistuksen tuntuvan kurkussa, rintakehässä ja käsissä. Myös kehoa jäykistävä paniikki, runsas hikoilu paniikkia aiheuttavassa tilanteessa sekä sykkeen nousu olivat tuntemuksia, joita osallistajat kuvasivat ahdistukseen liittyen. Ahdistus koettiin myös fyysisenä pahoinvointina siten, että tietty triggeri eli traumaattisesta

tapahtumasta muistuttava asia tai tilanne aiheutti oksettavan tuntemuksen ja yökkäysrefleksin aktivoitumisen. Ahdistukseen liittyi myös tunneyhteyden puuttuminen, jonka haastatteluihin osallistuvat kokivat janon tunteen vähytenä, urheillessa hikoilun vähytenä sekä siten, ettei mikään tunne aiheuttanut kehossa minkäänlaisia tuntemuksia.

Uupumuksen ja väsymyksen tuntemukset nousivat toiseksi yläluokaksi. Osallistujat kuvasivat fyysisen uupumuksen ja voimattomuuden olevan välillä niin kokonaisvaltaista, etteivät kyenneet muuhun kuin istumiseen ja oleskeluun. Eräs osallistuja kuvasi kokonaisvaltaisen uupumuksen yhdessä perussairauden kanssa vaikuttavan merkittävästi jaksamiseen ja sitä kautta omaan elämään. Voimattomuuden vuoksi jouduttiin jättäytymään myös sairauslomalle töistä. Tavanomaisen tilanteen taustalla olevan triggerin koettiin aiheuttavan totaalista uupumista.

Kokonaisvaltainen väsymys puolestaan koettiin niin tavalliseksi olotilaksi, että päivät, jolloin väsymystä ei ollut, tuntuivat epätavallisilta. Lapsuuden traumojen käsitteleminen terapiassa aiheutti kehossa voimakasta ”päästä varpaisiin” ulottuvaa väsymystä. Väsymyksen koettiin vaikuttavan myös perusasioista huolehtimiseen, kuten suihkussa käymiseen. Unentarve oli suuri ja väsymys aiheutti epämääräistä oloa. Eräs osallistuja kuvasi väsyvänsä herkästi ja oman voinnin huononevan merkittävästi väsymyksen myötä. Myös vaikeiden ja hankalien unien koettiin lisäävän väsymystä.

Kivut ja elämää hallitsevat tuntemukset nousivat analysoinnin tuloksena kolmanneksi yläluokaksi. Kiputuntemuksia tutkimukseen osallistuneilla esiintyi lavoissa, niska-hartiaseudulla, kallonpohjassa, selässä ja lonkankoukistajissa. Osallistujat nimesivät myös päänsäryn ja migreenin kehollisista tuntemuksista puhuttaessa. Kipua tuntui myös tärykalvoissa pahimmillaan siten, että kaikki kovat äänet koettiin ärsyttäväksi. Kipu tuntui päivittäin, mutta tavanomaisena viikkona kiputuntemus pysyi lievempänä. Kipujen ja tuntemusten hoitaminen oli korostunutta, vei paljon aikaa ja ne myös siirtyivät kehon osasta toiseen tietyin aikaväleihin. Kipujen koettiin myös hallitsevan elämää. Pysähtymisen ja lepäämisen kuvailtiin lisäävän kipuja, kuten liiallisen liikunnankin. Ihon tuntoaistin koettiin herkistyneen tietyiltä ihoalueilta siten, että kyljet ja reidet olivat täysin kosketusherkät.

Peruselämäntavat koettiin hyväksi asiaksi kipujen kannalta, mutta niiden ylläpitäminen koettiin haastavaksi. Stabiilin elämäntilanteen myötä traumamuistoilla oli tilaa nousta mieleen ja sen myötä kipujen ja voimakkaiden tuntemusten koettiin lisääntyvän. Viikon aikana kertyneet jännitykset purkautuvan viikonloppuisin ja se tuntui kehossa väsymyksenä ja erilaisina kipuina. Osallistujien kokemus oli, että tietyn triggerin eli traumasta muistuttavan asian tai tilanteen aiheuttama kehollinen

reaktio oli niin voimakas, että se vaikeutti voimakkaasti keskittymistä senhetkiseen toimintaan. Kehollisten tuntemusten koettiin aktivoituvan isojen tunnereaktioiden yhteydessä. Myös olemassa olevien somaattisten sairauksien oireiden paheneminen yhdessä muiden kehollisten tuntemusten kanssa, koettiin kipua lisääväksi asiaksi osallistujien elämässä.

Kehon jännittyneisyys ja lihaskireys nousi neljänneksi yläluokaksi. Näitä kehon jatkuvasta jännittyneisyydestä johtuvia kehollisia tuntemuksia olivat rintarangan, kallonpohjan ja lantion ajoittainen lukittuminen, tiedostamaton jännitys hartioissa, selässä ja käsissä, jännetupin tulehdus ja teniskyynärpää, pinnallinen hengitys, hampaiden narskuttaminen sekä korvien soiminen ja naksuminen. Jännittyneisyys oli usein tiedostamatonta. Traumaattisesta tapahtumasta johtuva takauma aiheutti eräällä osallistujalla jähmettymistä, mikä taas lisäsi jännittyneisyyttä ja lihaskipuja.

Jännittyneisyyttä lisäsivät tilanteet, jotka muistuttivat traumasta. Traumaattista tapahtumaa muistuttava tilanne eli triggeri jätti kehon jännittyneeseen tilaan, samoin kuin arki- tai työelämässä vastaan tulleet mahdolliset konfliktitilanteet. Jännittyneisyys vaikeutti myös palautumista. Haastatteluihin osallistuneet kuvailivat traumamuistojen käsittelyn aiheuttaneen niin voimakasta väsymystä, että seuraavalle päivälle ei voinut suunnitella mitään, vaan se piti käyttää pelkästään palautumiseen. Jännityksen laukeaminen rentoutumiseen tarkoitetulla lomamatkalla saattoi myös laukaista jännitystä ja kipua siinä määrin, että lomalle lähtemistä joutui harkitsemaan tarkkaan. Jännittynyt keho koettiin niin pysyväksi olotilaksi, että rentous tuntui oudolta. Palautumisen koettiin olevan hidasta.

- ja sitten mä uskoisin, että on jäänyt semmoinen tietynlainen, vaikkei oiskaan mitään laukaisevaa tekijää, niinni semmoinen tietynlainen jännitys on niinku jäänyt kehoon aika semmoiseksi pysyväksi olotilaksi. Sitten voi olla hetkiä tai päiviä, että onki tosi rento, niin sit se on vähän niinku outoaki. (O2)

Jännittyneisyyttä ja muita kehollisia tuntemuksia pyrittiin purkamaan ja hallitsemaan itsesäätelykeinojen avulla. Itsesäätelykeinojen harjoittelun koettiin vievän paljon aikaa ja voimia arjessa. Esimerkiksi voimakas kehossa tuntuva viha piti pystyä purkamaan kehollisilla menetelmillä. Tasapainoon pääseminen triggerin laukaiseman voimakkaan kehoreaktion jälkeen vaati paljon energiaa. Haastatteluun osallistujat kuvailivat elämänsä kapeutuneen siinä vaiheessa, kun terapiassa aloitettiin työstämään hankalia asioita. Hankalien asioiden työstäminen nostatti esiin keholliset tuntemukset,

jonka vuoksi kotona oleskelu koettiin parhaaksi vaihtoehdoksi. Traumaattisten asioiden työstäminen vaati myös työajan vähentämisen osa-aikaiseksi. Ylimääräisten menojen karsiminen antoi aikaa opetella tunnistamaan oman kehon tuntemuksia ja sietämään niitä.

- sillain mä kuitenkin muistan, ku alettiin työstää siellä terapiassa niitä hankalia asioita ja ku ne tuli ne kaikki fyysiset oireet, niinni se kapeutti kuitenkin sitä elämää sillain, että halutti olla mahdollisimman paljon kotona. Et sillai se vaikutti siihe arkeen, mutta se oli ihan tietosta, että mullon nyt näin huono olo tai mun pitää nyt opetella, että miltä mun kehossa tuntuu ja että kyllä se sillain niinkö vaikutti siihen elämään. (O3)

Mielen ja kehon yhteys kadoksissa nousi viimeiseksi yläluokaksi. Säännöllinen syöminen näyttäytyi mielen ja kehon yhteyden heikkoutena, sillä epäsäännöllinen syöminen aiheutti valtavaa nänlän tunnetta, joka taas johti huonovointisuuteen ja migreeniin. Myöskään kohtalaisesti rasittava urheilu ei sopinut, sillä se jumitti lihakset, mikä aiheutti kovaa kipua. Urheilun ja hikoilun tiedostamaton välttely koettiin myös asiaksi, joka vaikutti elämään. Kehon viestien tulkitsemisen koettiin olevan vaikeutunut, sillä esimerkiksi jännittynyt keho koettiin normaaliksi olotilaksi, kun taas rentous tuntui vieraalta. Oman mielen koettiin vastustavan kivutonta olotilaa.

7.2 Keinot, joilla helpottaa kehollisia tuntemuksia

Traumaterapia nousi kaikissa haastatteluissa selvästi yhdeksi tärkeimmistä kehollisia tuntemuksia helpottaneeksi keinoksi. Traumaterapian avulla kyettiin tunnistamaan vahingollinen käytös ja muuttamaan sitä eli toisin sanoen ilman traumaterapiaa oirekäyttäytyminen ja uudelleen traumatisoituminen olisivat jatkuneet. Monet asiat eivät myöskään olisi onnistuneet ilman traumaterapiaa. Kehollisia tuntemuksia helpottivat traumojen työstäminen traumaterapiamenetelmien, kuten emdr-terapialla avulla. Triggerin viedessä traumamuistoon ja laukaistessa keholliset tuntemukset, oman vireystilan saaminen sietoikkunan puitteisiin helpotti kehollisia tuntemuksia. Kehollisten tuntemusten työstäminen terapeutin kanssa traumaterapiassa koettiin kehollisia tuntemuksia helpottaneeksi asiaksi. Traumamuistojen työstäminen tapahtui kehollisen tuntemuksen noustessa pintaan sanoittamalla, kokemalla ja purkamalla tuntemuksia. Mielikuva- ja itsesäätelyharjoituksilla pystyttiin siis työstämään ja purkamaan asiaa sekä psyykeen tasolla että kehollisesti. Psykoedukaatio koettiin myös tärkeäksi osaksi traumaterapiaa ja omien kehollisten tuntemusten helpottumista. Traumaterapiassa dissosiaatioteoria läpi käyminen ja sen ymmärtäminen helpottivat merkittävästi omien tuntemusten ja reaktioiden ymmärtämistä.

Tässä tokassa terapiassa tän dissosiaatioteorian ymmärtäminen, että ei me ois päästy niissä tietyissä asioissa niin pitkälle ja eteenpäin ilman sitä teorian ymmärtämistä. Ku se on niin käsittämätöntä jotenki, miten sitä voi yhtäkkiä jonku triggerin painessa käyttäytyäkin jotenki ihan eri tavalla mitä oma järki sanois. Sit ku rauhoittuu nii mieltii, et miten tohon nyt tolla tavalla regoi ja miten voit käyttäytyä tuolla tavalla. (O1)

Itsesäätelymenetelmät koettiin haastatteluista saadun aineiston mukaan toisena kehollisia tunteuksia helpottavana asiana. Osallistujat kokivat tuntemusten purkamisen kehollisilla menetelmillä, kuten jalkapohjien painelun piikkimattoon, helpottavana. Vihan tunteen purkaminen käsistä palloja puristelemalla ja kehosta seinää puskemalla koettiin myös yhdeksi keinoksi, jolla viha saatiin purkaantumaan kehosta hiljalleen. Tyynyjen ja pehmolelujen puristelu sekä hakkaaminen yksin suljetussa tilassa auttoi purkamaan negatiivisia tunteita ja sitä kautta hallitsemaan kehollisia tuntemuksia. TRE:n (Trauma Releasing Exercises) kuvailtiin olevan tehokas keino purkaa jännitystä ja kipuja esimerkiksi ennen palaveria. TRE:n etuja olivat kuvailun mukaan se, että sitä pystyi toteuttamaan lähestulkoon missä tahansa, mutta haittana sen mahdollinen voimakkuus. TRE:n laukaistessa kehon jännitystä traumatisoitunut mieli kykenee taas käsittelemään vaikeita asioita, mikä ei osallistujien mukaan ollut aina hyvä asia, sillä se saattoi puolestaan viedä takaumiin ja nostaa esiin vaikeita tunteita ja tuntemuksia tilanteissa, joissa niitä ei pystynyt työstämään. Itsesäätelyä oli myös haitallisten triggerien tunnistaminen ja niiden välttely. Esimerkiksi väkivaltaisilla elokuvilla koettiin olevan triggeröivä vaikutus, joten niiden välttely koettiin keinoksi säädellä kehollisia tuntemuksia.

Rentoutussovellusten, kuten Youtubesta löytyvien ilmaisten rentoutusharjoitteiden sekä meditaatiosovellusten koettiin helpottavan kehollisia tuntemuksia niiden rentouttavan vaikutuksen myötä. Läsnaoloharjoitusten koettiin helpottavan pysymistä nykyhetkessä sekä auttaneen tunnistamaan kehon jännittyneisyyttä. Läsnaoloharjoitusten koettiin myös tuovan rauhaa. Mindfulness-harjoitteet koettiin myös keinoksi lisätä läsnäoloa nykyhetkeen ja helpottaa kehollisia tuntemuksia. Tarkkaavaisuuden siirtämistä nykyhetkeen pystyttiin saavuttamaan myös eri aistien avulla. Esimerkiksi pastillin suuhun laittaminen muistutti turvallisesta nykyhetkestä, jonka myötä sykkeet laskivat ja keholliset tuntemukset helpottivat. Myös lasten kuvia katselemalla sekä haju- ja makuaisteja aktiivomalla pystyttiin suuntaaman keskittyminen nykyisyyteen. Itsesäätelykeinona toimi myös turvapaikaksi valikoitunut munatuoli, jossa koettiin turvallisuuden tunnetta.

Itsesäätelyä lisäävänä asiana koettiin myös positiiviset elämäkokemukset kuten raskausaika ja synnytys sekä metsässä ja luonnossa oleskelu. Raskausajan onnellisuuden ja hormonaalisten muutosten koettiin auttavan kipuihin ja synnytyksen tuoma kokemus siitä, että keho osaa toimia luonnostaan ilman kontrollointia, koettiin voimauttavaksi. Kokemus luonnosta kasvavana, muuttuvana ja pysyvänä elementtinä koettiin tuntemuksia helpottavaksi voimavaraksi.

Vaihtoehtoiset kipu- ja särkyhoidot nousivat kolmanneksi yläluokaksi. Kehollisiin tuntemuksiin, kuten esimerkiksi jännittyneisyyteen ja kipuihin helpotusta tuoviksi vaihtoehtoisiksi hoitomuodoiksi nimettiin hermoratahieronta, TRE, vyöhyketerapia, klassinen hieronta, kiropraktikolla käyminen ja akupunktio. Myös muun kehon ja mielen hoidattamisen koettiin tuovan helpotusta tuntemuksiin. Hieronta koettiin lempeän kosketuksen kautta myös henkiseksi hoitamiseksi, kuten myös kampaaja tai mikä tahansa asia, missä joku toinen ihminen hoitaa. Helpotusta toivat myös fysioterapia, lievät kipulääkkeet, itsensä hemmottelu, lempeä suhtautuminen itseensä ja kehoonsa sekä se, että vain pelkästään on.

Liikunnan koettiin helpottavan kehollisia tuntemuksia ja se nousikin neljänneksi yläluokaksi. Liikunnan koettiin auttavan selkäkipuihin sekä helpottavan stressiä. Väsymyksestä huolimatta esimerkiksi pyöräilystä löydettiin helpotusta tuntemuksiin. Yksi osallistujista kuvaili kokeilleensa nauttansa ja kokeneensa sen hauskaksi liikuntamuodoksi. Joogaaminen nousi myös asiaksi, jonka avulla pystyttiin helpottamaan tuntemuksia. Joogan koettiin antavan keholle ihanaa liikettä, ja sen koettiin helpottavan oloa sekä henkisesti että kehollisesti.

Tietoinen hengittäminen nousi viimeiseksi yläluokaksi aineistosta. Sykkeen noustessa ja traumaumuiston pyrkiessä mieleen hengitysharjoitukset rauhoittivat mieltä ja kehoa. Hengitysharjoituksia tehtiin säännöllisesti, lähes päivittäin. Palleahengitys eli syvään hengittämiseen keskittyminen koettiin hyvin rahoittavaksi keinoksi. Uupumuskohtauksen iskiessä itsensä rahoittelu istumalla ja syvään hengittämällä helpotti tuntemuksia ja auttoi palautumaan. Kehollisten tuntemusten kuvattiin helpottaneen erityisesti kolmen asian avulla, joita olivat hengittely, mindfulness ja kehollinen työskentäminen.

8 POHDINTA

Aloitin prosessoimaan opinnäytetyöni aihetta omassa päässäni jo vuonna 2017, jolloin tutustuin polyvagaaliteoriaan. Teoria oli mielestäni valtavan mielenkiintoinen ja pohdin, voisiko opinnäytetyöni jollain tavalla liittyä siihen. Pyörittelin aihealuetta aikani ja päädyin lopulta psyykkisen trauman kehollisiin tuntemuksiin ja sen vaikutuksiin ihmisten elämässä. Luonnollisena jatkumona yhdeksi tutkimuskysymykseksi muotoutuivat myös asiat, joilla psyykkisen trauman keholliset tuntemukset ovat helpottuneet. Käytin paljon aikaa aiheen teoriaan perehtymiseen. Halusin myös valita sellaisen aiheen, jonka aineiston kerääminen onnistui avoimilla haastatteluilla, sillä koin myös oman ammatillisuuteni vuoksi tärkeäksi saada kokemusta haastatteluista ja haastattelijan roolista. Psykiatrista hoitotyötä tekevän sairaanhoitajan yksi tärkeimmistä työskentelytavoistahan on kanssakäyminen ihmisten kanssa. Odotin ja jännitin haastatteluja etukäteen jonkin verran, koska tiedostin haastatteluiden olevan opinnäytetyöni yksi tärkeimmistä vaiheista. Koin kaikkien haastatteluiden menneen hyvin ja sama kokemus jäi myös haastateltaville.

Tutkimusmuotoinen opinnäytetyö oli ehdottomasti oikea valinta, vaikka se tuotti enemmän työtä ja vei enemmän aikaa, kuin osasin odottaa. Koen oppineeni valtavasti tutkimusprosessista, metodologiasta, ihmisten kohtaamisesta sekä tietysti opinnäytetyöni aihealueesta. Jonkin vaiheen jumiutuminen ja siitä eteenpäin pääseminen olivat hyvin opettavaisia tilanteita ja ne kasvattivat ja voimauttivat itseäni jopa kaikista eniten tämän prosessin aikana. Työstäessäni tekstiä ja analysoidessani haastatteluja kaipasin välillä työparia antamaan oman näkemyksensä ja työpanoksensa. Työskentelyvaiheen jumiutuessa työpari olisi todennäköisesti helpottanut työskentelymotivaation löytymisessä. Yksin tekemisessä oli kuitenkin myös hyviä puolia, kuten vapaus tehdä työtä pelkäämättä omien aikataulujen mukaan. Koen myös, että haastattelutilanteissa asetelma oli miellyttävämpi, kun haastattelijana toimi vain yksi henkilö.

Olen kaiken kaikkiaan hyvin tyytyväinen opinnäytetyöni lopputulokseen ja tekemiini ratkaisuihin matkan varrella. Olen hyvin kiitollinen ohjaavalle opettajalleni Liisa Kiviniemelle kaikesta avusta ja neuvoista prosessin aikana. Iso kiitos kuuluu myös osallistujia rekrytoineille psykoterapeuteille sekä eritoten haastatteluihin osallistuneille ihmisille, joita ilman tätä opinnäytetyötä ei olisi ollut mahdollista toteuttaa.

8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että yleisimpiä trauman aiheuttamia kehollisia tuntemuksia olivat ahdistus, uupumus ja väsymys, kivut ja muut elämää hallitseva tuntemukset sekä jännittyneisyys ja lihaskireys. Keholliset tuntemukset olivat vaikuttaneet osallistuneiden elämään siten, että mielen ja kehon yhteys koettiin olevan kadoksissa, kivut ja tuntemukset hallitsivat elämää ja keho koettiin jännittyneeksi. Jo haastatteluita purkaessani havaitsin, että tuntemukset ja niiden vaikutukset elämään kuvattiin hyvin samankaltaisiksi ja toisiinsa kiinteästi liittyviksi ilmiöiksi. Analysoidessani aineistoa tekemäni havainto vahvistui ja tästä syystä päädyin käsittelemään tuloksissani osittain liittämättäin tuntemuksia ja niiden vaikutuksia elämään. Keholliset tuntemukset olivat helpottuneet traumaterapialla, itsesäätelymenetelmillä, liikunnalla, tietoisella hengittämisellä sekä vaihtoehtoisilla kipu- ja särkyhoidoilla. Vaikka tietoinen hengittäminen voidaan lukea myös itsesäätelymenetelmäksi, päätin tehdä siitä oman yläluokan, koska se mainittiin aineistossa hyvin usein itsenäisenä helpotuskeinona.

Tutkimustulokset ovat mielestäni hyvin linjassa opinnäytetyöni teoriapohjan kanssa. Tulosten mukaan koetut tuntemukset johtuivat trauman aiheuttamien fysiologisten vireystilojen muutoksista ja niiden seurauksena erilaiset yli- ja alivireystuntemukset hallitsivat monilta osin osallistujien arkielämää. (Odgen, Minton & Pain 2006, 4 – 5; Antervo 2017, viitattu 29.4.2020.) Helpotusta tuntemuksiin olivat tuoneet traumaterapia kokonaisuudessaan sekä erilaiset kehoa ja mieltä hoitavat toiminnot ja menetelmät. (Odgen, Minton & Pain 2006, xxx.) En löytänyt vastaavia tutkimuksia, joissa olisi tutkittu psyykkisen trauman kokeneen ihmisen kokemuksia aiheesta, joten en voi verrata tuloksia täysin samankaltaisen tutkimuksen tuloksiin.

Tulosten analysoinnissa oli tutkijan näkökulmasta se haaste, että keholliset tuntemukset ovat hyvin moniulotteisia ja täysin yksilöstä riippuvaisia kokemuksia. Toinen saattaa tuntea stressin vatsassa, toinen hartioissa ja kolmas vain epämääräisenä ahdistuksena koko kehossa. Lisäksi jokainen ihminen sanoittaa tuntemuksesta hyvin eri tavalla. Kehollisuus voidaan kokea osana psyykkisiä tuntemuksia tai toisin päin. Toisaalta ne ovatkin kaksi erottamatonta ja käsikädessä kulkevaa asiaa, joten voi olla hankalaa puhua pelkästään kehollisista tuntemuksista ja niiden vaikutuksista elämään, kun niihin liittyy niin vahvasti myös psyykinen puoli. Analyysiä tehdessäni ja alkuperäisilmauksia poimiessani tulinkin aluksi poimineeksi jonkin verran asioita, jotka eivät suoraan vastanneet tutkimuskysymyksiin. Niiden läpikäyminen ja poistaminen vei hieman aikaa.

Tutkimustulokset kuvaavat haastatteluun osallistujien kokemuksia psyykkisen trauman tuntemuksista ja kokemus muodostuu aina ihmisen senhetkisestä elämyksellisestä tilasta, joka voi vaihdella päivästä riippuen ja jonka taustalla on aina elämäntilanne ja vuorovaikutus, jonka ihminen kokee merkityksellisenä (Ulvinen 2012, 132). On siis mahdollista, että haastateltavat olisivat saattaneet antaa hieman erilaisia vastauksia eri ajankohtana ja erilaisen haastattelijan haastattelussa. Haastatteluun osallistujat kuvasivat kokemuksiaan kuitenkin usealta eri kannalta ja eri aikaväleillä, joten koen, ettei tuloksissa olisi merkittäviä eroavaisuuksia.

8.2 Luotettavuus

Laadulliselle tutkimukselle on asetettu yleiset luotettavuuskriteerit, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuutta vahvistavat keskustelut tutkimukseen osallistujien tai samaa asiaa tutkivien kanssa, joissa heitä pyydetään arvioimaan tutkimustulosten paikansapitävyyttä. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on tarpeeksi pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, sillä osallistujan näkökulman ymmärtäminen vie aikaa. Aloitin opinäytetyöni aiheeseen tutustumisen vuoden 2017 syksyllä, jolloin tein alustavan päätöksen opinäytetyöni aiheesta. Olen tutustunut aihepiiriin kirjallisuuden, tutkimusten ja artikkeleiden lisäksi keskustelemalla aiheesta traumaterapiaan suuntautuneen psykoterapeutin kanssa. Lisäksi tutkimusprosessin eri vaiheiden ja valintojen tarkka kuvaus lisäävät uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.)

Luotettavuutta mitataan myös vahvistettavuuden avulla. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että koko tutkimusprosessi on kirjattu siten, että toinen ihminen pystyy seuraamaan prosessia pääpiirteittäin. Jos tutkimukseni toistettaisiin toisen tutkijan toimesta toisille tutkimukseen osallistujille, voisivat tutkimustulokset olla yllä olevan teorian pohjalta hieman erilaiset. Toisaalta jokaisen ihmisen todellisuus on omanlaisensa ja siksi joku toinen ei välttämättä päädy saman aineiston perusteella samaan tulkintaan, joten erilaiset tulkinnot eivät aina merkitse luotettavuusongelmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Tärkeä luotettavuuden lisääjä on reflektio eli opitun ja koetun tutkiskelu (MOT Kielitoimiston sanakirja 2019). Tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. Eritoten haastatteluista tehdessä tulee tiedostaa esimerkiksi omat ennako-oletukset ja jo olemassa oleva tietopohja aiheesta ja pyrkiä siihen, ettei

anna niiden vaikuttaa haastatteluiden kulkuun. Myös analysointivaiheessa reflektiivisyys korostuu. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Viimeisin luotettavuuskriteeri on siirrettävyys. Siirrettävyys toteutuu, jos tutkija antaa tutkimukseen riittävästi sellaista kuvailevaa tietoa, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Esimerkiksi kuvailemalla osallistujia ja tutkimusympäristöä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kuvailu ei saa kuitenkaan missään vaiheessa vaarantaa osallistujien anonymiteettiä.

8.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisiä valintoja ohjaa eri säännösten lisäksi lainsäädäntö. (Kylmä & Juvakka 2007, 139.) Pyrin noudattamaan opinnäytetyössäni muun muassa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaa ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä (HTK). Ohjeistuksessa mainitut kohdat rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta tutkimustyössä, muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen viittaamalla asianmukaisesti omassa tutkimuksessa ja tutkimuksen suunnittelusta, toteutuksesta ja raportoinnista tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla, ovat erityisen tärkeitä kohtia omassa opinnäytetyössäni. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012.) Haastattelutilanteissa pidin koko ajan mielessäni, että haastattelijana olen haastatteluissa oppijan asemassa ja osallistujalla on sellaista tietoa, jota minä tutkimuksen tekijänä tarvitsen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 205, 209.)

Opinnäytetyöni aiheena on psyykinen trauma, joka on ihmiselle usein sensitiivinen ja henkilökohtainen aihe. Tästä syystä eettiset ohjeet ja säännöt ovat erityisen tärkeitä. (Koivisto 2017, viitattu 21.4.2020.) Pohdin pitkään aiheen valintaa juuri eettisestä näkökulmasta. Tutkijana minun tulee pohtia valitsemani aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti, mutta myös sitä, miten se vaikuttaa siihen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218.) Koen, että opinnäytetyöni lisää tietoa tärkeästä aiheesta, joka koskettaa isoa joukkoa ihmisiä. Näin kokivat myös tutkimukseen osallistujat. Tutkimukseen valikoituvat sellaiset henkilöt, jotka osallistumishalukkuutensa lisäksi olivat käsitelleet traumaansa siinä määrin, ettei tutkimukseen osallistuminen aiheuttaisi heille lisää vahinkoa, esimerkiksi trauman uudelleen aktivoitumista. Tästä syystä osallistujavalinnan tekivät psykoterapeutit, joilla oli tähän vaadittava ammattitaito. Lopullisen päätöksen osallistumisesta tekivät osallistujat itse. Sekä psykoterapeutit että osallistujat pysyvät tutkimuksessa anonyymeinä yksityisyyden

suojan takia. Jos haastatteluissa nousi esiin nimiä tai paikkoja, jätin ne litteroinneista pois. Käytin aineistoa purkaessani osallistujista tunnisteita ”osallistuja 1, osallistuja 2” jne. sekä muutin mahdollisia muita tunnistetietoja osallistujien anonymiteetin säilymiseksi.

Tutkimukseen osallistujat saivat suostumuslomakkeet (LIITE 3) ennen haastattelun aloittamista ja ne käytiin läpi sekä allekirjoitettiin. Sopimuksessa sovittiin tutkimusetiikan mukaisesti muun muassa, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja osallistujilla on kaikissa vaiheissa oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen, osallistujilla on halutessaan oikeus saada alustavat tulokset luettavakseen ja että nauhoitetut haastattelut ja niistä litteroidut tekstit ovat vain tutkimuksen tekijän hallussa ja käytössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218–221.) Ennen haastattelun aloittamista, kysyin jokaiselta osallistujalta, kuinka he kokevat aiheesta puhumisen ja kerroin, että voimme keskeyttää tai pitää tauon missä vaiheessa tahansa, mikäli olo muuttuu vaikeaksi.

Haastatteluiden aikana varoin puuttumasta liikaa haastatteluiden kulkuun, sillä se olisi voinut vaikuttaa osallistujien vastauksiin ja sitä kautta tutkimustuloksiin. Tästä syystä aineistoa kertyikin jonkin verran ohi aiheen, mikä oli toisaalta myös täysin normaalia avoimen haastattelun ollessa kyseessä.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Psyykinen trauma vaikuttaa merkittävästi ihmisen jokapäiväiseen elämään ja olemiseen. Tunteukset vaihtelevat hyvin paljon riippuen ihmisestä, sillä kokemus niistä on hyvin subjektiivinen asia. Tulosten valossa suurin osa tuntemuksista johtui kuitenkin fysiologisten vireystilojen muutoksista traumamuiston noustessa mieleen tietoisesti tai tiedostamattomasti. Traumatisoituneella vireystila saattaa kohota näennäisen pienestäkin traumaa muistuttavasta ärsykkeestä (=triggeristä) nopeasti ylivireyteen, jolloin kehoreaktiot nousevat esille muun muassa ahdistuksena, pahoinvointina, erilaisina kipuina ja jännityksinä. Tuntemukset voivat myös olla hyvin samankaltaisia kuin mitä traumaattisissa tilanteissa koettiin.

Kehoreaktiot yhdessä tunnereaktioiden kanssa vievät valtavasti voimavaroja ja ihminen voi pian kokea olevansa hyvin väsynyt ja uupunut, mikä taas vaikuttaa arkielämästä selviytymiseen monelta kannalta. Toisaalta vireystila voi näennäisen pienestäkin traumaa muistuttavasta ärsykkeestä

muuttua alivireydeksi, jolloin kehon ja mielen valtaavat muun muassa turtuneisuus, alakuloisuus ja voimattomuus. Pitkäkestoisina yli- ja alivireystilat voivat aiheuttaa kehollisia ja psyykkisperäisiä disosiaatio-oireita, kuten esim. tuntopuutoksia ja aistimusten heikentymistä. Keholliset tuntemukset selittyvät autonomisen hermoston kolmivaiheisella säätelymallilla, johon polyvagaaliteoria perustuu. Psykoterapiassa opittujen itsesäätelykeinojen päämääränä on saada vireystila palamaan sopivalle vireysvyöhykkeelle, jolloin keholliset tuntemukset helpottuvat ja traumaattisten kokemusten työstäminen mahdollistuu.

Jatkossa tutkimusta voisi toteuttaa esimerkiksi perusterveydenhuollossa selvittämällä, miten hyvin siellä tunnistetaan psyykkisestä traumasta johtuvat somaattiset tuntemukset ja oireet ja minkälaiset asiat hankaloittavat tunnistamista. Tässä tutkimuksessa ei otettu huomioon trauman laatua, joten jatkossa voisi olla hyödyllistä tutkia ihmisten kokemuksia trauman laadun perusteella. Lisäksi kaikenlainen kokemustieto psyykkisen trauman ilmenemisestä olisi mielestäni tarpeellista ja tervetullutta.

LÄHTEET

Antervo, A. 2017. Traumatisoituminen ja olemisen sietämättömyys. Finnanest vol. 50 no.2 s. Viitattu 21.3.2018; 29.4.2020, http://www.finnanest.fi/files/antervo_traumatisoituminen.pdf.

Boon, S., Steele, K & Van Der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 5, 17, 35, 73, 104–107.

Hammarlund, O. 2001. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konflikteihin käsittely. 2., päivitetty laitos. Suom. Nana Sironen. Helsinki: Tietosanoma Oy, 91–92.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2017. Traumaperäinen stressihäiriö. Teoksessa Psykiatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.3.2018, <http://www.oppoportti.fi/op/pkr01106/do>.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2017. Äkillinen stressireaktio. Teoksessa Psykiatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.3.2018, <http://www.oppoportti.fi/op/pkr01106/do>.

Huttunen, M. 2018. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisuus). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 16.4.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360.

Hyllinen, L. 2008. Kunnallisen kriisiryhmän jäsenten kokemuksia debriefing-toiminnasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 21.3.2018, <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79736/gradu03131.pdf;sequence=1>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 218–221.

Katajisto, J. 2012. Kokemuksia ja ajatuksia vakavasti traumatisoituneen potilaan arvioimisesta. Teoksessa Traumaterapiakeskus (toim.) Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009–2012. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 57.

Koivisto, K. 2017. Vuorovaikutus ja eettinen toiminta erityisryhmiin kuuluvien ihmisten tutkimuksessa. Teoksessa K. Koivisto, A. Henner & L. Kiviniemi (toim.) Hoitotyön koulutus ja tutkimus- ja kehittämistoiminta –ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 43. Viitattu 21.4.2020, <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2017101750121>.

Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. & Anttonen, S. 2008. Kognitiivinen psykoterapia. 3., uud. painos. Helsinki: Duodecim, 158.

Lauerma, H. 2017. Dissosiaatiohäiriöiden diagnoosit ja kliininen kuva. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 6.2.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/pkr01002/do>.

Leikola, A. Mäkelä, J & Puncanen, M. 2016. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.4.2019, <https://www.duodecimlehti.fi/duo12910>.

Piironen, L. 2012. Olisiko kehollisista menetelmistä apua vakauttamiseen? Teoksessa Traumaterapiakeskus (toim.) Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009 – 2012. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 87–88, 90, 94–95.

Odgen, P. Minton, K. & Pain, C. 2006. Trauma ja keho: sensorimotorinen psykoterapia. Helsinki: Traumaterapiakeskus, xxx – xxxi, 4–5, 28–37.

Pelkonen, A. 2018. Psykiatrian erikoislääkäri, Traumainformoituhuolto -luento 7.1.2019. Tekijän hallussa.

Puncanen, M. 2015. Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisessa. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon, näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 165.

Saarinen, P. 2018. EMDR psyykkisten traumojen hoidossa. Viitattu 28.1.2020. https://asiakas.kotisivukone.com/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/emdr_psyykkisten_traumojen_hoidossa.pdf.

Saari, S. 2012. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava. Alkuperäisjulkaisu 2000.

Saraneva, K. 2003. Trauma ja pakolaisuus. Teoksessa S. Haaramo & K. Palonen (toim.) Trauman monet kasvot. Helsinki: Therapeia-säätiö, 58.

Suokas-Cunliffe, A. 2006. Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa. Yleislääkäri numero 6/2006, vsk 21. Viitattu 15.2.2018. https://asiakas.kotisivukone.com/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/suokascunliffe_2.pdf

Suokas-Cunliffe, A. 2006. Trauma – omaan elämäntarinaansa yhdistymätön mielen loinen. Yleislääkäri numero 5/2006, vsk 21. Viitattu 15.2.2018. https://asiakas.kotisivukone.com/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/suokascunliffe_1.pdf.

Suokas-Cunliffe, A. & Van Der Holt, O. 2006. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. Duodecim 2006;122:2001–7. Viitattu 15.2.2018. <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/xmedia/duo/duo95941.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi, 117, 122, 127.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 29.3.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Traumaperäinen stressihäiriö. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.3.2019 & 13.12.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Psykinen%20trauma.

Ulvinen, V. 2012. Ymmärtävää sosiologiaa – fenomenologisen sosiologian näkökulma kokemuksen tutkimukseen. Teoksessa L. Kiviniemi, K. Koivisto, T. Latomaa, M. Merilehto, P. Sandelin & T. Suorsa (toim.) Kokemuksen tutkimus III. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 132.

Van Der Kolk, B. 2014. Jäljet kehossa – Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla. Suom. Teija Hartikainen. Helsinki: Viisas elämä Oy, 98–99.

Van Der Kolk, B. 2006. Esipuhe. Suom. I. Pekkarinen. Teoksessa Odgen, P. Minton, K. & Pain (toim.) Trauma ja keho: sensorimotorinen psykoterapia. Helsinki: Traumaterapiakeskus, xxi.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar M. 2003. Schema therapy, a practitioner's guide. New York: The Guilford Press, 5.

Tervehdys!

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä tietoa psyykkisen trauman kehollisista tuntemuksista suoraan niitä kokeneilta ihmisiltä. Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää mm. sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksoilla sekä perusterveydenhuollossa.

Olen sairaanhoitajaopiskelija Oulun ammattikorkeakoulusta ja olen suuntautunut opinnoissani mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Teen opinnäytetyönäni tutkimusta, joka käsittelee psyykkisen trauman aiheuttamia kehollisia tuntemuksia. Haen haastateltaviksi ihmisiä, joille traumaattinen elämäntapahtuma tai elämässä koettu ajanjakso on aiheuttanut psyykkisen oireilun lisäksi selkeitä kehollisia tuntemuksia. Tiedonkeruumenetelmänä käytän avointa haastattelua, jossa keskustelua jäsentävät asetetut tutkimustehtävät:

- Minkälaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneilla ihmisillä on?
- Miten psyykkisen trauman aiheuttamat tuntemukset ovat vaikuttaneet tutkimukseen osallistuvien elämään?
- Millaisilla keinoilla keholliset tuntemukset ovat helpottuneet?

Ajatuksena on haastatella kolmea henkilöä, jotka ovat valmiita kertomaan kokemuksestaan ja kokemistaan tuntemuksista. Iällä, sukupuolella eikä psyykkisen trauman laadulla ei ole merkitystä, ainoastaan sillä, että henkilö on halukas jakamaan kokemuksiaan ja elämäntarinaansa haastattelijalle. Haastattelut nauhoitetaan ja analysoidaan tutkimustuloksia varten. Haastateltavat pysyvät anonyminä ja ovat täysin luottamuksellisia. Osallistujalla on myös kaikissa vaiheissa oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ja kieltää häneen liittyvän aineiston käyttö.

Vastaan mielelläni lisäkysymyksiin liittyen haastatteluun ja tutkimukseen!

Ystävällisin terveisin,
Veera Pyykkönen

Kokemuksia psyykkisen trauman kehollisista tuntemuksista -opinnäytetyö tutkimukseen osallistuminen

Olen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön suuntautunut sairaanhoitaja opiskelija Oulun ammatti-
korkeakoulusta. Opinnäytetyönä toteutuvan tutkimukseni nimi on ”Kokemuksia psyykkisen trauman
kehollisista tuntemuksista” ja sen tarkoituksena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Minkälaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneilla ihmisillä on?
- Miten psyykkisen trauman aiheuttamat tuntemukset ovat vaikuttaneet tutkimukseen osallistuvien elämään?
- Millaisilla keinoilla keholliset tuntemukset ovat helpottuneet?

Tutkimusaineiston kerääminen tapahtuu avoimien yksilöhaastatteluiden avulla, joiden aikana on tarkoitus käydä läpi haastateltavien kokemuksia traumaattiseen tapahtumaan liittyen. Haastattelut nauhoitetaan kahdella nauhurilla ja niihin on hyvä varata aikaa noin 1½ tuntia. Haastattelupaikan ja -ajan voimme sopia yhdessä. Teidän ei tarvitse valmistautua haastatteluun muutoin kuin pohtimalla yllä oleviin kysymyksiin vastauksia omalle kohdallenne.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää haastattelun tai kieltää materiaalin käytön missä vaiheessa tahansa. Haastattelut käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti, ja nauhoitteet tuhoetaan analysoinnin jälkeen. Ennen haastattelua käymme läpi vielä liitteenä olevan kirjallisen sopimuksen ja allekirjoitamme sen.

Mikäli haluat keskustella mistä tahansa tutkimukseen liittyvästä asiasta, oletan yhteydessä minuun joko puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin

Veera Pyykkönen

HAASTATELUSOPIMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERÄÄMISTÄ VARTEN

Tämän haastattelusopimuksen myötä sitoudun osallistumaan yhteen (1) sovittuun haastattelukertaan. Opinnäytetyö tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, minkälaisia kehollisia tuntemuksia psyykkisen trauman kokeneella on, millä tavoin tuntemukset ovat vaikuttaneet heidän elämäänsä ja minkälaisilla keinoilla tuntemukset ovat helpottuneet. Haastattelukertoja on yhtä haastateltavaa kohden yksi (1). Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen osallistuvalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ja kieltää häntä koskevan materiaalin käyttö missä vaiheessa tahansa tutkimusta.

Haastatteluaineistosta tullaan esittämään suoria lainauksia opinnäytetyössä. Kaikki tunnistetiedot poistetaan, joten haastateltavien henkilöllisyys ei tule esiin tuloksissa. Halutessanne voitte saada alustavat tulokset luettavaksenne, ennen opinnäytetyön julkaisemista. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja tiedostot tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua. Nauhoitteita ei tule kuulemaan kukaan muu kuin haastattelija eli tutkimuksen tekijä. Haastattelumateriaaleja käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimuksen onnistumisen edellytys on ehdoton molemminpuolinen luottamus.

Minä _____

suostun haastateltavaksi ja siihen, että haastatteluaineistoa voidaan käyttää opinnäytetyön tekemiseen.

Haastateltava

Paikka	aika	nimikirjoitus	nimenselvennys
---------------	-------------	----------------------	-----------------------

Tutkimuksen tekijä

Paikka	aika	nimikirjoitus	nimenselvennys
---------------	-------------	----------------------	-----------------------

Millaisia kehollisia tuntemuksia trauman ko- keneilla on?		Miten tuntemukset ovat vaikuttaneet elä- mään?		Millaisilla keinoilla tuntemukset ovat helpot- tuneet?	
Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
"...väsymys on aika iso tekijä, että joskus ihan huomaa, että hei tänään mä en ookkaa väsyny"	Väsymys niin tavallista, että ei-väsyneet päivät tuntuvat epätavallisilta	"...totta kai sitte ku oli sitä semmosta fyysistä kokonaisvaltaista voimattomuutta nii sehä saatto viiiä sitte sairaslomalle ja että se uupumus oli jotenki niin kokonaisvaltanen ja sitte tietenki siihe päälle ne perussairausten oireet nii sillai se niinkö vaikutti sitte siihe elämään"	Voimattomuuden ja uupumuksen vuoksi sairaslomalle töistä	"...oon vaa alkanu pelkästään hengittää syvemmin onko se palleahengitystä vai mitä että täältä ihan nousee ni se rauhoittaa tosi paljon"	Palleahengitys rauhoittaa
"...sitte tottakai ku niitä alettii työstää niitä traumoja ku menin sinne terapiaan niin semmonen kokonaisvaltanen ahistus oli toinen ja se tuntu se ahistus tässä rinnassa"	Kokonaisvaltainen ahdistus tuntuu rintakehällä	"...tarvin ensinnäki tosi paljon unta niinku että mä oisintai että täytyy se unen tarve"	Unentarve suuri	"...tän selän hoitaminenki on vähän semmosta henkistä hoitamista että...saa joogassa sitte sitä ihan liikettä"	Joogasta ihanaa liikettä keholle
"...että jos arkielämässäki tuli joku triggeri esimerkiksi nii sitte se tuli se semmonen tosi niinkö voimakas pahoinvointi"	Traumaattisesta tapahtumasta muistuttava asia aiheuttaa voimakasta pahoinvointia	"...ihan semmonen ihan käsittämätön paniikki et se tuntuu ihan et kuolema tulee jos mä en saa ruokaa"	Nälän tunne aiheuttaa paniikkia	"...semmosta niinku et vähä hemmottelee itseensä ja on vaa ja sit semmosta yksinäistä aikaa et on vaa"	Itsensä hemmottelu ja että pelkästään on
"...alusta asti hän kysellyt, että tuntuuko joku tunne jossakin mä en tuntenut mitään en missään, oli ihan vieraista kysymyksiä, että miksi sää edes kysyt, että ei tunnu"	Mikään tunne ei tunnu kehossa mitään	"...ja sitte menehän sitä aika paljon aikaa, ku pitää hoitaa itseensä et ku käy sitte hierojalla ja käy kiropraktikolla ja sitte välillä mä käyn sitte akupunktiassa ja joogassa"	Kipujen ja tuntemusten hoitaminen vie paljon aikaa	"...sillo aluksi ko opelteltii sitä, että keskitytään sitä läsnäoloa tähän hetkeen, että jos kotonaki tuli niitä triggerit ja mieli lähti jonneki ja tuli sykkeen nousua ja huonoa vointia nii esim. kattomalla lasten valokuvia, että hei sää oot tässä hetkessä ja sulla ei oo mitään hätää"	Läsnäoloa turvalliseen nykyhetkeen katselemalla lasten valokuvia

Alaluokka	Yläluokka
Tunneyhteyden puuttuminen	Ahdistus
Ahdistuksen aiheuttamat keholliset tuntemukset	
Fyysinen pahoinvointi	

Alaluokka	Yläluokka
Säännöllinen syöminen välttämätöntä	Mielen ja kehon yhteys kadoksissa
Kohtalaisesti rasittava urheilu ei sovi	
Kehon viestien tulkitseminen vaikeutunut	

Alaluokka	Yläluokka
Vahingollisen käyttäytyminen tunnistaminen ja muuttaminen	Traumaterapia
Traumaterapiamenetelmät	
Traumamuistojen työstäminen mielikuvaharjoitusten avulla	
Psykoedukaatio	

Alaluokka	Yläluokka
Turvapaikka	Itsesäätelymenetelmät
Tarkkaavaisuuden siirtäminen nykyhetkeen aistien avulla	
Rentoutussovellukset	
Haitallisten triggereiden tunnistaminen ja välttäminen	
Tuntemusten purkaminen kehollisilla menetelmillä	
Positiiviset elämäkokemukset	