

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutus

Katri Luotonen

KIDUTUSTRAUMAN FYYSISTEN OIREIDEN TUNNISTAMINEN
Opas fysioterapeuteille

Opinnäytetyö
Lokakuu 2020



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2020
Fysioterapian koulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä
Katri Luotonen

Nimeke
Kidutustrauman fyysisten oireiden tunnistaminen – opas fysioterapeuteille

Toimeksiantaja: Diakonissalaitos / Psykotraumatologian keskus,
Sotatraumatisoituneiden kuntoutus

Tiivistelmä

Kidutuksen kieltävistä kansainvälisistä sopimuksista huolimatta kidutus on edelleen yleinen ilmiö maailmassa. Kidutusta on raportoitu tapahtuvan järjestelmällisesti yli 140 valtiossa ja Suomeen saapuvista turvapaikanhakijoista ja pakolaisista arviolta joka neljäs on kokenut kidutusta).

Kidutus on äärimmäisen traumaattinen kokemus, jonka vaikutukset ulottuvat kidutuksen uhrista aina tämän läheisiin ja kokonaisuun yhteisöihin. Kidutustrauma voi ilmetä erilaisina psyykkisinä ja fyysisinä oireina sekä toimintakyvyn häiriönä, joiden tunnistaminen sosiaali- ja terveysalalla on tärkeää kidutuksen uhrin oikeanlaisen hoidon ja kuntoutuksen takaamiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa kidutustrauman fyysisistä oireista ja niiden tunnistamisesta. Opinnäytetyössä perehdyttiin yleisimpiin kidutusmenetelmiin, niistä aiheutuviin fyysisiin vammoihin sekä psyykkiseen traumaan liittyviin fyysisiin oireisiin ja toimintakyvyn häiriöihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa kidutustraumaan liittyvistä fyysisistä ja psykofyysisistä oireista sekä niiden tunnistamisesta. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena toteutettiin sähköinen opas kidutustrauman fyysisten oireiden tunnistamiseksi. Opas julkaistaan maaliskuussa 2021 ja se soveltuu kaikille sosiaali-terveysalan ammattilaisille hyödynnettäväksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Diakonissalaitoksen Sotatraumatisoituneiden kuntoutus -hanke.

Kieli
suomi

Sivuja 74
Liitteet 2
Liitesivumäärä 4

Asiasanat
kidutus, trauma, konversiohäiriöt, psykofyysinen fysioterapia



THESIS
October 2020
Physiotherapy

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600 (switchboard)

Author
Katri Luotonen

Title
Recognizing Physical Signs of Torture Trauma – A Guide for Physiotherapists

Commissioned by
Deaconess Foundation / Centre for Psychotraumatology,
the War Trauma Rehabilitation

Abstract

Despite international laws prohibiting torture, this human right crime and violation is still common in today's world. Torture is used systematically in over 100 countries (Amnesty International 2020a) and approximately one of every four refugees living in Finland has experienced torture (Finnish Institute for Health and Welfare 2019).

Torture is an extremely traumatic experience, which affects not only the life of the victim but the victims' family, close ones, and entire communities. Torture can cause permanent physical injuries that can lead to many impairments in muscular and skeletal system, in movement and functional ability. Torture victims often suffer from different mental disorders, such as posttraumatic stress disorder, depression, anxiety, and dissociation. (Finnish Institute for Health and Welfare 2019.) Considering the complex and overall effects of torture, it is important, that health care professionals are able to recognize the symptoms of torture trauma to provide appropriate rehabilitation for torture victims in Finland.

The purpose of this thesis was to increase and provide knowledge for physiotherapists on recognizing torture trauma. The thesis consists of two parts: a theoretical report and a practise-based part. The theoretical report includes information on the most common torture methods, physical and mental consequences of torture. The productive part is electronic guide to physiotherapists to recognize the signs of torture trauma in physiotherapy. This thesis was commissioned the Deaconess Foundation's Centre for Psychotraumatology, and War Trauma Rehabilitation and they will use the guide as educational material. The guide will be published in March 2021.

Language
Finnish

Pages 74
Appendices 2
Pages of Appendices 4

Keywords

torture, trauma, conversion disorder, psychophysical physiotherapy

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	7
2.1	Toimeksiantaja.....	7
2.2	Opinnäytetyön tavoite ja lähtökohdat.....	8
3	Kidutuksen määritelmä	10
4	Fyysinen kidutus	12
4.1	Lyöminen ja tylpällä esineellä aiheutetut vammat.....	12
4.2	Falanga.....	13
4.3	Pään ja kasvojen alueelle kohdistuva väkivalta	14
4.4	Riiputtaminen.....	16
4.5	Muu asentokidutus.....	17
4.6	Sähkökidutus	18
4.7	Muita yleisiä kidutusmenetelmiä	18
5	Psyykkinen ja seksuaalinen kidutus.....	20
5.1	Psyykkinen kidutus	20
5.2	Seksuaalinen kidutus.....	21
6	Kidutus psyykkisenä traumana	22
6.1	Kidutuksen vaikutuksen mielenterveyteen	22
6.2	Traumaperäiset stressihäiriöt.....	24
6.3	Dissosiaatiohäiriöt.....	26
6.4	Aivojen kolmimalli	28
6.5	Trauma ja keho.....	30
6.6	Somatoforminen dissosiaatio ja konversiohäiriöt	31
7	Kidutetun fysioterapeuttinen tutkiminen	34
7.1	Kidutetun kohtaaminen	34
7.2	Kidutetun tuki- ja liikuntaelimestön tutkiminen	37
7.2.1	Ihon tutkiminen	39
7.2.2	Kasvojen ja pään alueen tutkiminen	42
7.2.3	Yläraajojen ja hartiaarenkaan tutkiminen.....	43
7.2.4	Alaraajojen tutkiminen	44
7.3	Kidutetun kuntoutus	45
8	Opinnäytetyöprosessi	48
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö ja konstruktivistinen malli.....	48
8.2	Aloituvaihe	49
8.3	Suunnitteluvaihe	50
8.4	Esivaihe	52
8.5	Työstövaihe	53
8.6	Tarkistusvaihe.....	54
8.7	Viimeistelyvaihe ja valmis opas	56
9	Pohdinta.....	57
9.1	Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen tarkastelu.....	57
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	60
9.3	Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	62
9.4	Jatkotutkimus – ja kehittämisideat	63
	Lähteet.....	65

Liitteet

Liite 1	Taulukko fyysisen kidutuksen aiheuttamista vammoista akuutti- ja kroonisessa vaiheessa
---------	--

Liite 2 Palautekyselylomake

1 Johdanto

Kidutuksen kieltävistä kansainvälisistä sopimuksista huolimatta kidutus on edelleen yleinen ilmiö maailmassa ja kidutusta on raportoitu tapahtuvan järjestelmällisesti yli 140 valtiossa (Amnesty International 2020a). Arviolta joka neljäs pakolaistaustainen Suomeen tullut maahanmuuttaja on kohdannut jossakin vaiheessa elämäänsä kidutusta. Kidutus on yksilölle äärimmäisen traumaattinen kokemus, fyysisten vammojen lisäksi psyykkiset haavat ovat syviä ja moniulotteisia, ja voivat vaikuttaa merkittävästi kidutetun terveyteen ja toimintakykyyn. Kidutuksen traumaattiset vaikutukset ulottuvat kidutetun lisäksi tämän läheisiin, perheisiin ja jopa kokonaisiin yhteisöihin. Kidutuskokemus voi vaikuttaa kidutetun kykyyn toimia vanhempana ja vanhempien hoitamattomat traumakokemukset voivat heijastua ja siirtyä tuleville sukupolville. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Suomi on sitoutunut kansainvälisten sopimusten myötä tarjoamaan suojelua henkilöille, jotka ovat joutuneet pakenemaan kotimaastaan esimerkiksi sodan, vainon tai yleisen turvattomuuden vuoksi. Lisäksi Suomi on velvoitettu tarjoamaan suojelua henkilöille, joita uhkaa kotimaassa esimerkiksi kuolemanrangaistus tai kidutus. (Sisäministeriö 2020.) Kansainväliset sopimukset velvoittavat valtioita järjestämään suojelun lisäksi kuntoutusta ja hoitoa kidutuksen uhreille. Useissa maissa kidutettujen kuntoutuspalveluita tuottavat kolmannen sektorin palveluntuottajat kuten kansalaisjärjestöt, joilla on harvoin riittäviä resursseja tarjoamaan kuntoutuspalveluita kaikille niitä tarvitseville. (IRCT 2020a.)

Suomessa turvapaikanhakijoiden kidutustraumoja pyritään kartoittamaan ja tunnistamaan jo maahantuloon liittyvissä alkutarkastuksissa. Kidutustrauman tunnistamiseen liittyy kuitenkin haasteita, koska usein kidutuskokemukset nousevat esille vasta uhrin myöhemmässä elämänvaiheessa. (Castaneda, Mäki-Opas, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiantuntijaryhmä 2018, 359.) Traumatisoituminen ja epäluottamus viranomaisiin voi estää kidutettuja kertomaan kokemuksistaan, ja usein kidutuskokemukset tulevat ilmi vasta maahantulon myöhemmässä vaiheessa (Ruuskanen 2007).

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden määrän todennäköisesti lisääntyessä tulevaisuudessa on tärkeää, että tietoa kidutustraumoista, niiden tunnistamisesta ja hoidosta lisätään myös suomalaisessa terveydenhuollossa. Opinnäytetyön toimeksiantajana on toiminut Diakonissalaitoksen Psykotraumatologian keskuksen Sotatraumatisoituneiden kuntoutus, joka tarjoaa moniammatillisia hoidontarpeen arviointijaksoja sodan, pakolaisuuden ja kidutuksen uhreille sekä heidän läheisilleen. Opinnäytetyö koostuu kirjallisesta raportista sekä sähköisestä oppaasta. Opas on toteutettu toimeksiantajan käyttöön ja sen tavoite on tarjota suomenkielistä tietoa kidutuksesta, sen fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista sekä tarjota työkaluja fysioterapeuteille sekä muille sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisille kidutustrauman tunnistamiseksi.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Toimeksiantaja

Diakonissalaitoksen Psykotraumatologian keskus on Helsingissä sijaitseva erikoissairaanhoidon tasoinen psykiatrian poliklinikka, joka tarjoaa moniammatillista hoitoa, kuntoutusta ja neuvontaa pakolaistaustaisille maahanmuuttajille. Keskuksessa tarjotaan hoitoa ja tukea sodan, pakolaisuuden sekä kidutuksen seurauksena traumatisoituneille aikuisille, lapsille ja nuorille. Psykotraumatologian keskuksessa toimii kolme toimintayksikköä, Kidutettujen kuntoutus ja Lasten ja nuorten toiminta sekä Sotatraumatisoituneiden kuntoutusprojekti. Lisäksi Psykotraumatologian keskus järjestää koulutuksia sekä valtakunnallista neuvontaa, konsultaatiota ja työnohjausta. (Diakonissalaitos 2020a.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Psykotraumatologian keskuksen Sotatraumatisoituneiden kuntoutus, joka on vuonna 2018 käynnistynyt Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto AMIF:n rahoittamana hanke. Sotatraumatisoituneiden kuntoutus tarjoaa Suomessa asuville sodan ja pakolaisuuden traumatisoimille täysi-ikäisille kiintiöpakolaisille hoidontarpeen arviointijaksoja, jotka toteuttaa moniammatillinen työryhmä. (Diakonissalaitos 2020b.) Hankkeessa

hoito- ja arviointityötä tekevät psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, perheterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Arviointijakson tavoitteena on kartoittaa potilaan terveyttä, elämäntilannetta ja toimintakykyä kokonaisvaltaisesti traumatyön näkökulmasta sekä koordinoida ja tukea potilaan jatkohoidon toteutumista tämän kotikunnassa arviointijakson jälkeen. Lähetteen arviointijaksolle tekee sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen (Diakonissalaitos 2020b).

2.2 Opinnäytetyön tavoite ja lähtökohdat

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa kidutustraumaan liittyvistä fyysisistä ja psykofyysisistä oireista sekä niiden tunnistamisesta fysioterapiassa. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena on toteutettu sähköinen opas, joka on suunniteltu ensisijaisesti fysioterapeuteille, mutta soveltuu myös käytettäväksi muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työn tukena. Oppaan tavoitteena on tarjota fysioterapeuteille tietoa ja työkaluja kidutustrauman fyysisten oireiden tunnistamiseksi. Opas julkaistaan Sotatraumatisoituneiden kuntoutusprojektin loppuseminaarissa maaliskuussa 2021. Suomenkielisiä julkaisuja kidutuksesta ja sen tunnistamisesta hoitotyössä on melko vähän ja tästä syystä toimeksiantajan toiveena oli aihetta käsittelevän tietopakettin tuottaminen organisaatiolle.

Psykotraumatologian keskus toimi vuonna 2012 toimeksiantajana opinnäytetyölle, jonka tavoitteena oli toteuttaa organisaation verkkosivuille tietopaketti yleisimmistä kidutusmenetelmistä ja niiden aiheuttamista fyysisistä vammoista, mutta tuolloin opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli jäänyt toteutumatta. Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämistehtävänä aiemman opinnäytetyön pohjalta. Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisältää kehittämistehtävänä toteutetun oppaan sekä kirjallisen raportin. Kirjallinen raportti koostuu tietoperustasta sekä opinnäytetyön prosessin kuvauksesta. Tietoperustassa perehdytään yleisimpiin kidutusmenetelmiin, niiden aiheuttamiin fyysisiin vammoihin sekä kidutusvammojen tunnistamiseen kroonisessa vaiheessa. Lisäksi tietoperustassa tarkastellaan kidutustraumaan liittyviä keskeisimpiä psyykkisiä oireita sekä toimintakyvyn häiriöitä.

Viime vuosina Suomessa on havahduttu kidutustraumojen tunnistamisen tärkeyteen sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tietoa ja koulutusta kidutustrauman tunnistamiseksi ja valmiita hoitopolkuja ja -käytänteitä osaksi kidutettujen hoitoa ja kuntoutusta tarvitaan. (Partanen 2016.) Vuosina 2016–2018 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman PALOMA-hankkeen yhteydessä tehdyssä kyselyssä moni sosiaali- ja terveysalan ammattilainen koki tarvitsevansa lisää tietoa ja osaamista pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa työskentelystä, erityisesti mielenterveyttä tukevasta hoitotyöstä. (Castaneda ym. 2018, 12.)

Eri puolilla maailmaa toimivien kidutettujen kuntoutuskeskusten arvioiden mukaan 5–35 % pakolaisista ovat joutuneet kidutuksen uhriksi (Ruuskanen 2007). Vuonna 2016 Suomeen saapui noin 15 000 turvapaikanhakijaa maista, joissa tiedetään käytettävän kidutusta (Partanen 2016). Kidutuskokemusten yleisyyden vuoksi sekä kidutettujen oikeanlaisen hoidon ja kuntoutuksen varmistamiseksi on tärkeää, että kidutustrauman mahdollisuus tiedostetaan myös suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä turvapaikanhakijoiden sekä kiintiöpakolaisten kohdalla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Suomessa kidutettujen kuntoutusta järjestää Helsingissä sijaitseva Diakonissalaitoksen Psykotraumatologian keskus sekä Oulun Diakonissalaitoksen säätiö (2020a). Suomen ainoa pakolaistaustaisille maahanmuuttajille sekä turvapaikanhakijoille psykiatrista erikoissairaanhoidoa tarjoava kunnallinen psykiatrian poliklinikka sijaitsee Tampereella (Halla 2007). Tampereen psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille tarjoaa moniammatillista hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia täysi-ikäisille sotatraumatisoituneille sekä kidutusta kokeneille pakolaisille (Tampere 2020). Kidutusta kohdanneiden turvapaikanhakijoiden määrä on huomattavasti suurempi Suomen kidutettujen kuntoutuskeskusten sekä erikoispoliklinikoiden hoitokapasiteettiin nähden, minkä seurauksena valtaosa kidutusta kohdanneiden turvapaikanhakijoiden hoidosta tapahtuu julkisen terveydenhuollon piirissä (Partanen 2016).

Suomeen saapuneet kiintiöpakolaiset ohjataan usein paikkakunnille, joiden perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi kokemusta sota- ja kidutustraumojen tunnistamiseksi. Kidutetun hoito- ja kuntoutus on kokonaisvaltaista ja moniammatillista osaamista vaativa prosessi, joka käynnistyy kidutustrauman tunnistamisesta ja hoidon aloittamisen oikea-aikaisuudesta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Kidutustrauma voi ilmetä potilaan käyttäytymisessä, esimerkiksi erilaisina hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin liittyvinä pelkoina, arvaamattomana tai aggressiivisena käyttäytymisenä. Poikkeavaa käytöstä saatetaan pyrkiä selittämään kulttuurieroilla, vaikka käytöksen taustalla onkin todellisuudessa kidutuskokemuksia ja siihen liittyvä traumaoireilu. (Partanen 2016.) Näin ollen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten riittämätön tieto ja ymmärrys kidutustraumoista ja niiden tunnistamisesta voi toimia esteenä kidutuksen uhrin oikeanlaisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumiselle.

3 Kidutuksen määritelmä

Kidutusta on kautta ihmiskunnan historian esiintynyt vallankäytön välineenä. Kidutusta on käytetty pelon ilmapiirin luomiseen yksilöissä ja yhteisöissä, yhteiskunnallisen kontrollin ylläpitämiseksi sekä kuulusteluissa haluttujen tietojen tai tunnustusten saavuttamiseksi. Kidutusta on käytetty vuosisatojen ajan menetelmänä rangaista ja pelotella poliittisia toisinajattelijoita, vihollisia sotatilanteissa sekä uskonnollisista, etnisistä tai seksuaalisista syistä vähemmistöihin kuuluvia ihmisiä. (Welsh 2009, 3–6.)

Maailman Lääkäriliiton 1975 tekemässä Tokion julistuksessa kidutus määritellään tahalliseksi, systemaattiseksi tai mielivaltaiseksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on aiheuttaa fyysistä tai henkistä kärsimystä ja jonka toteuttajana toimii yksi tai useampi henkilö, joko itsenäisesti, valtion tai muun viranomaistahon toimesta (World Medical Association 2020). Yhdistyneiden Kansakuntien 1984 laatimassa *Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun vastaisessa yleissopimuksessa* kidutus määritellään seuraavasti:

Kidutuksella tarkoitetaan kaikkia tekoja, joilla aiheutetaan jollekulle tahallisesti kovaa kipua tai kovaa joko henkistä tai ruumiillista kärsimystä tietojen tai tunnustuksen saamiseksi häneltä tai kolmannelta henkilöltä, hänen rankaisemisekseen teosta, jonka hän tai kolmas henkilö on tehnyt tai epäillään tehneen, hänen tai kolmannen henkilön pelottelemiseksi tai pakottamiseksi taikka minkälaiseen tahansa syrjintään perustuvasta syystä, kun virkamies tai muu virallisessa asemassa toimiva henkilö aiheuttaa sellaista kipua tai kärsimystä, yllyttää tai suostuu niiden aiheuttamiseen tai hyväksyy sen hiljaisesti. Kidutusta ei ole sellainen kipu tai kärsimys, joka saa alkunsa pelkästään laillisista seuraamuksista, joko niihin kuuluvana tai niihin liittyvänä. (L 60/1989, 1.artikla.)

Kidutukselle tyypillistä on se, että kidutuksen toimeenpanijana tai sallijana toimii valtio, jonka pitäisi todellisuudessa vastata kansalaistensa turvallisuudesta. Kidutuksen uhriksi voi joutua kuka tahansa, uskonnosta, etnisyydestä, iästä ja sosiaalisesta statuksesta riippumatta. Ihmiset, joiden vapauksia on rajoitettu, esimerkiksi vankeudessa, ovat erityisen korkeassa riskissä joutua kidutetuiksi tai kaltoinkohdehduiksi. (IRCT 2020a.) Kidutusmenetelmissä on havaittavissa joitakin alueellisia erityispiirteitä, mutta siitä huolimatta kidutus on yleisesti hyvin samantyyppistä maasta, kulttuurista ja toteuttavasta tahosta riippumatta (Ruuskanen 2007). Kidutusta koskevissa kansainvälisissä lainsäädöksissä kidutus määritellään yleensä toiminnaksi, joka tapahtuu valtion tai muun viranomais tahon toimesta. On kuitenkin tärkeää huomioida, että myös muu yksittäisten ihmisten tai tahojen harjoittama väkivalta voi olla toiminnaltaan hyvin samankaltaista, vaikka kidutuksen toteuttajana ei ole valtaapitävä taho. (Welsh 2009, 2–3.)

Kidutus voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja seksuaaliseen kidutukseen. Näihin luetaan lisäksi farmakologinen ja kemiallinen kidutus. (Castaneda ym. 2018, 356.) Fyysiseksi kidutukseksi luokitellaan kaikki fyysinen väkivalta, kuten lyöminen, riiputtaminen, asentokidutus, sähkökidutus, polttaminen, jäsenten murskaaminen ja amputaatiot. Psyykkiseen kidutukseen liittyvät uhkailu, pelottelu, kiristäminen ja pilkkaaminen, valeteloitukset sekä väkivaltaisiin tai vakaumuksen vastaisiin tekoihin pakottaminen. Seksuaaliseen kidutukseen luokitellaan fyysinen sekä psyykinen ahdistelu, alastomaksi pakottaminen, koskettelu, genitaalialueille kohdistuva väkivalta, raiskauksella uhkailu, raiskaus tai raiskaus esi-neellä. Farmakologisessa kidutuksessa uhri huumataan käyttämällä esimerkiksi

rauhoittavia tai neuroleptisiä lääkkeitä. Kemiallinen kidutus tarkoittaa uhrin altistamista vaarallisille tai ärsytystä aiheuttaville aineille, kuten erilaisille kemikaaleille. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 85–88.)

4 Fyysinen kidutus

4.1 Lyöminen ja tylpällä esineellä aiheutetut vammat

Lyöminen ja tylpällä esineellä aiheutetut vammat ovat yleisimpiä väkivallan muotoja kidutuksen yhteydessä. Tällaiset vammat voivat syntyä esimerkiksi lyömisen, nyrkiniskujen, potkujen sekä kaatumisen seurauksena. Lyömisessä voidaan käyttää aseena tylppää esinettä, kuten keppejä, pamppuja ja metallitankoja. Myös ruoskiminen ja johdoilla lyöminen on yleistä kidutustilanteissa. Tylppien esineiden käyttöä suositetaan kidutuksessa, koska ne aiheuttavat usein voimakasta kipua jättämättä kuitenkaan parantumisvaiheen jälkeen selkeästi havaittavia tai todennettavia vammoja. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 86.) Lyöminen voi olla yleisesti eri puolille kehoa kohdistuvaa tai paikallista, kuten käsien tai jalkapohjien toistuvaa lyömistä (falanga) tai esimerkiksi kasvoihin ja päähän kohdistettuja lyönnejä. Lyömisestä syntyviä näkyviä jälkiä saatetaan pyrkiä vähentämään peittämällä kidutettu esimerkiksi vaatteilla tai pyyhkeillä pahoinpitelyn aikana (Forrest 2009, 160.)

Lyömisestä aiheutuvien vammojen laajuus ja vakavuus riippuu lyönneissä käytetystä voimasta, lyöntiasesta sekä mihin kehonosiin ja kudusrakenteisiin iskut kohdistuvat. Myös kidutetun ikä, sen hetkinen fyysinen kunto ja terveyden tila vaikuttavat vammojen laatuun. Yleisimpiä vammoja ovat eriasteiset pehmytkudosvauriot kuten mustelmat, ruhjeet ja turvotus, jotka ovat seurausta lyöntien aiheuttamasta kudosten sisäisestä verenvuodosta. Lyöntien määrästä ja voimasta sekä pahoinpitelyssä käytetyistä esineistä riippuen voi esiintyä myös murtumia, avohaavoja ja ihovaurioita. Rintakehään ja selän alueella kohdistuvat lyönnit voivat aiheuttaa kylkiluiden murtumia ja sijoiltaan menoja, sekä selkärangan nikamien murtumia. Kylkiluiden murtumiin liittyy aina myös ilmarinnan sekä muiden keuhkovaurioiden vaara. Vatsanalueelle kohdistuvat iskut ja lyönnit voivat

aiheuttaa sisäistä verenvuotoa sekä erilaisia sisäelinvaurioita. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 104–109.)

4.2 Falanga

Falanga (myös *falaka*, *bastinado*) on nimitys kidutusmenetelmälle, missä samalle kehon alueelle kohdistetaan toistuvia lyönnejä. Falanga on yleinen kidutusmenetelmä ympäri maailmaa, erityisesti Lähi-idän alueella sekä Intiassa. Turkissa falangaa on raportoitu käytettävän lähes systemaattisesti pidätysten yhteydessä. Yleisimmin falangalla tarkoitetaan jalkapohjien hakkaamista, mutta termiä voidaan käyttää myös muihin kehon osiin, kuten yläraajoihin, kohdistetuista toistuvista lyönneistä. Falangassa jalkapohjia lyödään useita kertoja tylppää esinettä, kuten pamppua, keppiä tai ruoskaa käyttäen. (Forrest 2009, 160–161.) Falangassa kidutetun jalat ovat usein sidottuna ja ylöspäin kohotettuna. Lyönnit jalkapohjiin kohdistetaan joko paljaalle iholle tai kengän pohjiin, jolloin iskujen voima leviää alaraajoissa laajemmalle (Istanbul 2015, 92.) Lisäksi kidutuksen jälkeen uhri saatetaan pakottaa kävelemään painojen kanssa kovalla alustalla tai jalkoja uitetaan esimerkiksi suolavedessä kivun lisäämiseksi (Forrest 2009, 161).

Falangasta aiheutuvat vammat vaihtelevat iskujen voiman, toistuvuuden sekä lyönneissä käytettyjen esineiden mukaan. Myös se, onko lyönnit kohdistettu paljaalle iholle vai uhri pakotettu pitämään kenkiä jalassa kidutuksen aikana, vaikuttavat siihen millaisia fyysisiä vammoja falangasta voi seurata. Falangan jälkeen akuuttivaiheen oireita ovat erilaiset ruhjeet, mustelmat, turvotus sekä kipu pahoinpidellyllä alueella. (Forrest 2009, 161.) Harvinaisempia, mutta mahdollisia vammoja ovat myös jalkapöydän ja varpaiden luiden murtumat (Istanbulin pöytäkirja 2015, 100–11).

Tylpällä esineelle tehdyt iskut eivät aiheuta niin herkästi ihorikkoa tai kudoksia läpäiseviä haavoja, tästä syystä kudosten sisäinen verenvuoto ja turvotus lisäävät painetta kalvorakenteiden ympäröimissä lihaskudoksissa. Tämän seurauksena falanga-kidutukseen liittyy yleisenä komplikaationa lihasaitio-oireyhtymä. Paineen nouseminen jalan ja säärtien lihasaitioissa heikentää verenkiertoa ja voi pahimmillaan aiheuttaa lihaskuolioita, jalan distaaliosien ja varpaiden kudosten

fibroosia eli arpeutumista, kontraktuuria eli lihasten ja jännerakenteiden kiristymistä sekä kuolioita. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–111.) Lihassaitio-oireyhtymän seurauksena turvotus ja kipu voivat levitä jalkapohjista polviin asti. Vammojen seurauksena syntyneet tulehdusreaktiot vaurioituneissa kudoksissa voivat vielä usean viikon jälkeen kidutustapahtumasta aiheuttaa jatkuvaa kipua jaloissa sekä nilkkojen alueella. (Güzel, Güleç & Elmadağ 2015, 689–91.)

Falangasta aiheutuvat vammat voivat syntyä välittömästi kidutuksen yhteydessä sekä trauman aiheuttaman ödeeman tai vaurioituneiden kudosten tulehdusreaktioiden seurauksena. Yleisimmät falangan seurauksena syntyneet vammat ovat erilaisia pehmytkudosvaurioita. Jalkapohjiin kohdistettujen lyöntien seurauksena kävelyn iskunvaimentimina toimivat rasvatyynyt kantapään ja päkiän alueella saattavat vaurioitua, joko suoraan lyönneistä tai turvotuksen aiheuttaman verenkierron ja aineenvaihdunnan häiriöiden myötä surkastumalla. Yleisiä ovat myös sidekudosrakenteiden, jalkojen kalvojänteen sekä jalan jänteiden vauriot. Jalkojen kalvojänteen vaurioitumisen seurauksena myös plantaarifaskiitti eli kantakalvon rappeuma on yleinen oire falangakidutuksen uhreilla. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–111.)

Falangasta jää akuuttivaiheen vammojen parannuttua vain harvoin silmin havaittavia jälkiä, mutta kidutuksen vaikutukset uhrin toimintakykyyn voivat olla merkittäviä. Falangan seurauksena syntyneet pehmytkudosvammat, vauriot jalan asentoa tukevissa sidekudos- ja kalvorakenteissa sekä jalkapohjien rasvatyynyjen rikkoutuminen voivat aiheuttaa kipuoireita sekä häiriöitä kävelyn biomekaniikassa. Falangan seurauksena ihossa sekä ihon alaisissa kudoksissa on mahdollista todeta arpia, jotka ovat epäsäännöllisiä ja elastisuudeltaan jäykkiä. Kroonisessa vaiheessa falangakidutuksen fysiologisten vaurioiden tutkimiseen ja todentamiseen tarvitaan yleensä esimerkiksi tietokonetomografiaa tai magneettikuvauksia. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–11.)

4.3 Pään ja kasvojen alueelle kohdistuva väkivalta

Kasvoihin ja pään alueelle kohdistettu väkivalta on yksi yleisimmistä kidutuksen muodoista. Pään alueelle kohdistuva väkivalta voi olla lyöntejä, potkuja, lyömistä

tylpällä tai terävällä esineellä sekä uhrin voimakasta ravistelua. Myös sähkökidutuksen käyttö kasvojen alueelle on yleistä. Kidutuksessa aiheutuneita pään ja kasvojen vammoja voi syntyä myös ampumisen seurauksena sekä kaatumisten yhteydessä. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 101,108–109, 116 & 155–156.) Yleisiä kasvojen ja pään alueelle kohdistettujen lyöntien aiheuttamia vammoja akuuttivaiheessa ovat erilaiset pehmytkudosvauriot, kuten mustelmat, ruhjeet, haavat sekä turvotus vamma-alueilla. Riippuen vammamekanismista sekä pahoinpitelyssä käytetystä voimasta yleisiä ovat myös kasvojen ja kallon luiden murtumat ja ruhjeet sekä kallon sisäiset ja kaularangan alueen vammat. Kasvoihin kohdistuneiden lyöntien seurauksena yleisiä ovat nenän alueen murtumat sekä muutokset nenän rustoisen väliseinän asennossa. Tyypillisiä ovat myös hampaiden ja ikenien vauriot, leukaluiden murtumat, virheasennot sekä leukanivelen toimintahäiriöt. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 100–101,108.)

Pään alueella on aivojen lisäksi suurin osa aistitoiminnoista vastaavista elimistä ja tästä syystä päähän kohdistuneiden traumojen vaikutukset aistijärjestelmiin ovat yleisiä. Kasvoihin kohdistetut lyönnit voivat aiheuttaa silmäkuopan murtumia sekä verenvuotoa ja pehmytkudosvaurioita silmän rakenteissa, jotka voivat hoitamattomina aiheuttaa merkittäviä vaurioita näkökykyyn. Korviin kohdistunut voimakas lyönti (*telefono*) voi aiheuttaa paineen nousua korvakäytävissä ja tärykalvon repeämiä sekä kuulon heikentymistä. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 100–101, 108.)

Toistuvien pään alueen traumojen seurauksena yleiset aivokudosvauriot ovat aivojen kuoriosan atrofia sekä muutokset aivojen hermosolujen aksonaalisisessa toiminnassa. Päähän kohdistuneen iskun seurauksena aivokudoksen vaurioita voidaan havaita joko suoraan vammakohdan alueelta tai vastakkaiselta puolelta, silloin, kun kyseessä on esimerkiksi kaatumisen seurauksena syntynyt aivokudoksen vaurio eli vastaiskuvamma. Myös kidutetun voimakas ravistaminen voi aiheuttaa aivovaurioita, kuten aivoödeemaa ja subduraalista verenvuotoa. Kidutettujen keskuudessa päähän kohdistuneesta traumasta johtuvan aivovaurion mahdollisuus on suuri ja aivovammaa epäiltäessä tulisi aina saada lääkärin arvio mahdollisten neurologisten jatkotutkimusten tarpeesta (Istanbulin pöytäkirja 2015, 101,108–109, 116 & 155–56.)

4.4 Riiputtaminen

Riiputtaminen on yleinen kidutusmuoto, jonka tarkoituksena on aiheuttaa kidutetulle voimakasta kipua. Riiputtaminen jättää harvoin näkyviä jälkiä, mutta erilaiset raajojen ääreishermoston ja yläraajojen hartiapunoksen (*plexus brachialis*) vauriot voivat kieliä kidutusmenetelmästä. Riiputtamisen kesto voi vaihdella minuuteista tunteihin. (Istanbulin pöytäkirja 2015,112.) Riiputtamista on erityyppistä ja siitä aiheutuvat vammat vaihtelevat käytettyjen kidutusmenetelmien sekä riiputtamisasennon ja -keston mukaan. Myös raajojen sitomiskohdalla on merkitystä siihen, minkälaisia vammoja riiputuksesta voi syntyä. Kidutettu saatetaan riiputtamisen aikana nostaa vuorotellen ylös ja laskea välillä takaisin maahan. Riiputtamisen aikana kidutetun jalkoihin sidotaan usein myös lisäpainoja. (Forrest 2009, 164.) Yleensä kidutetun kipua ja vammautumista lisätään muulla väkivallalla riiputtamisen aikana, kuten lyönneillä ja sähkökidutuksella. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–112.)

Teurastamoriiputuksessa kidutetun kädet on nostettu pään yläpuolelle ja riiputtaminen tapahtuu joko kummastakin tai yhdestä yläraajasta. *Käänteisessä teurastamoriiputuksessa* kidutettua riiputetaan pää alaspäin yhdestä tai kummastakin alaraajasta. *Ristiasennossa* riiputtaminen tapahtuu siten, että kidutetun kädet ovat levitettynä sivulle ja sidottu vaakasuoraan tankoon. *Parrot perch* -nimitystä käytetään kidutusmenetelmästä, jossa kidutettua riiputetaan polvitaiteiden varassa tangon päällä ja kädet ovat sidottuna nilkkojen tai säärien päälle. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–112.) Tämä on yleinen kidutusmenetelmä Latinalaisessa Amerikassa sekä Afrikassa. Riiputtamisen seurauksena voi syntyä polvien ristiteiden repeämiä sekä vaskulaarisia sekä sensorisia vaurioita polven alapuolelle. (Forrest 2009, 164.) Kidutettua saatetaan riiputtaa myös asennossa, missä sekä jalat ja kädet on sidottu selän taakse (Hermann 2003e, 143).

Palestiinalaisessa riiputtamisessa (*palestinian hanging*) kidutetun kädet sidotaan ranteista tai käsivarsista selän taakse. Kidutuksen aikana uhri saatetaan nostaa roikkumaan pelkästään yläraajojen varaan, mikä aiheuttaa hartiarenkaan lihaksiin ja sidekudosrakenteisiin voimakasta venytystä sekä äärimmäistä kipua. Palestiinalaisriiputtamisen seurauksena yleisimmät oireet akuuttivaiheessa ovat sormien heikkous ja tunnottomuus. Useat kidutetut ovat kertoneet myös käsien

nostamisen pään yli mahdottomaksi useita päiviä riiputtamisen jälkeen. Johtuen olkanivelen venyttämisestä ääriasentoon kidutuksen aikana, myös olkanivelten sijoiltaanmenot ovat yleisiä. (Forrest 2009, 164.)

4.5 Muu asentokidutus

Asentokidutuksessa uhri pakotetaan erilaisiin asentoihin, vailla mahdollisuutta liikkua tai vaihtaa asentoa. Kidutetut saatetaan sitoa tai pakottaa pysymään halutuissa asennoissa rangaistuksen uhalla. Asentokidutuksessa uhri pakotetaan kivuliaaseen, kuormittavaan tai epäluonnolliseen asentoon minuuteista useisiin vuorokausiin. Kidutettu voidaan pakottaa seisomaan pitkiä aikoja kädet sivulle tai seinää vasten kohotettuna, seisomaan varpailla tai yhdellä jalalla tai pakottaa pitkiksi ajoiksi kyykkyasentoon. Asentokidutuksessa uhri saatetaan sitoa ja taivuttaa epäluonnollisiin ääriasentoihin tai pakottaa ahtaaseen tilaan, kuten häkkiin. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 86,115 ; Hincheli, Brasholt, Aon & Cakal 2019.)

Yleinen asentokidutuksen menetelmä on *banana tie*, missä uhri sidotaan selälleen tuolin tai muun korokkeen päälle, jolloin selkäranka ojentuu ääriasentoon (Istanbulin pöytäkirja 2015,115). Isojen nivelten, kuten kyynär- ja polvinivelten vääntämistä käytetään erityisesti Latinalaisessa Amerikassa. Kyynär- tai polvinivelen väliin asetetaan keppi, jonka jälkeen nivel taivutetaan ja sidotaan koukistusasentoon. Kidutus aiheuttaa painetta kudoksissa vaurioittaen verisuonia ja hermoja, minkä seurauksena voi myöhemmässä vaiheessa ilmetä kudosten atrofiaa eli surkastumista. (Hermann 2003f, 145.) *Cheera* on erityisesti Koillis-Intiassa käytetty asentokidutus, missä kidutettu pakotetaan istumaan lattialle ja yksi kiduttajista on kidutetun selän takana, painaen polvella uhrin selkää ja vetämällä tämän päätä ekstensioon. Tämän jälkeen kidutetun jalat venytetään joko asteittain tai nopeasti 180 asteen abduktioon eli loitonnuksen, mikä aiheuttaa uhrille voimakasta kipua. Yleensä kidutukseen yhdistetään vielä genitaalialueille ja jalkoihin kohdistettua väkivaltaa. Alaraajojen venyttäminen ääriasentoon voi aiheuttaa repeämiä erityisesti lonkan lähentäjien kiinnityskohdissa sekä lihasrungoissa. (Forrest 2009, 165–166.)

4.6 Sähkökidutus

Sähkökidutuksessa kidutettavaan johdetaan sähkövirtaa kehoon asennettujen elektrodien avulla. Sähkövirran lähteenä voidaan käyttää erilaisia sähkölaitteita ja usein kidutusta tehostetaan käyttämällä sähkön johtumista lisäämään vettä tai geeliä. Näiden käyttö sähkökidutuksen yhteydessä voi myös estää tai pienentää kidutuksesta syntyviä näkyviä jälkiä. Elektrodit asetetaan yleensä eri puolille kehoa, yleisimmät alueet ovat jalat ja varpaat, yläraajat ja sormet, sekä nännit, sukelimet, huulet ja korvat. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 115–116.) Sähkökidutuksen muotoja on useita erilaisia ja niissä on jonkin verran alueellista vaihtelua. Lähi-Idässä sähkökidutuksessa elektrodit asetetaan usein varpasiin, varpaiden väliin, kieleen, hampasiin tai miehillä sukupuolielimiin. Elektrodien asettamista varpaiden väliin tai kieleen käytetään usein kidutusjälkien minimoimiseksi. Sukuelimiin kohdistetun sähkökidutuksen tarkoituksena on voimakkaan kivun lisäksi myös lisätä kidutetun nöyryyttämistä. Lähi-idässä käytetään sähkökidutuksessa myös kaulurimaisia elektrodeja, joka asetetaan kidutetun kaulan ympärille. Afrikassa elektrodit asetetaan puolestaan usein kidutetun hampasiin. (Hermann 2003a, 134.)

Sähkökidutuksessa johdettu sähkövirta kulkee kehossa elektrodien välistä nopeinta mahdollista reittiä, mikä tarkoittaa yleensä verisuonia, hermoja sekä lihaksia. Lihakset supistuvat sähkövirran kulkureitillä, aiheuttaen kidutetulle voimakasta kipua. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 115; Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 9–10.) Sähkökidutuksen aiheuttamat voimakkaat lihassupistukset voivat aiheuttaa pehmytkudosvaurioita, luisten rakenteiden degeneraatiota eli rappeutumista sekä kompressiomurtumia selkärangan nikamissa, erityisesti rintarangan yläosassa. Lisäksi sähkökidutus voi aiheuttaa epileptisiä kohtauksia. (Hermann 2003a, 134.)

4.7 Muita yleisiä kidutusmenetelmiä

Vesikidutus on yleinen kidutuksen muoto. Yksi tyypillisimmistä vesikidutuksen muodoista on *submarinoksi* kutsuttu kidutusmenetelmä, missä uhrin pää paine-

taan veden pinnan alapuolelle. Kidutettu pidetään veden alla usein lähes tajuttomuuteen asti, jolloin kidutettu väijäämättä hengittää vettä keuhkoihin. Vesikidutukseen luetaan myös juomaveden saannin rajoittaminen tai kieltäminen, mikä voi pahimmillaan johtaa kuolemaan. (Hermann 2003b, 137.) Muita vesikidutuksen muotoja ovat *chiffon*, missä kidutettu sidotaan usein tuoliin tai selinmakuulle ja pakotetaan juomaan suuria määriä vettä. Veden määrän ollessa suuri, kidutettu ei pysty nielemään kaikkea, vaan hengittää osan vedestä keuhkoihin. Kidutetun pään ympärille saatetaan myös sitoa muovipussi, joka täytetään vedellä tai kemikaaleilla. (Forrest 2009, 168.)

Submarinon yleisiä seurauksia ovat keuhkopöhö sekä keuhkokuume. Vesikidutuksessa käytetty vesi on usein likaista ja saattaa sisältää esimerkiksi jäänteitä ulosteista, mikä sisään hengitettynä lisää erilaisten tulehdusten riskiä. Vesikidutuksesta jää harvoin ulkoisia merkkejä, mutta radiologisissa tutkimuksissa voidaan havaita epäspesifeinä löydöksiä jäännöksiä keuhkokuumeen aiheuttamista arpikudoksista keuhkojen rakenteissa. (Hermann 2003b, 137.) Osa tukehduttamista kokeneista kidutuksen uhreista kertovat kärsineensä kidutuksen jälkeen toistuvista hengitystieinfektioista, pitkittyneestä yskästä sekä astmaattisista oireista (Kirschner & Peel 2009, 156–157).

Nivelten murskaaminen, puristaminen sekä raajojen, sormien ja varpaiden amputaatiot ovat muita yleisiä kidutusmenetelmiä. Sormien ja varpaiden niveliin saatetaan kohdistaa voimakasta puristusta käyttämällä esimerkiksi ruuvipuristinta. (Hermann 2003c, 138–139.) Kehonosien silpomista, kuten sormien, käsien tai jalkojen irti leikkaamista, käytetään kidutuksen yhteydessä rangaistuksena tai pelottelukeinona. Raajojen irti leikkaaminen on yleinen Sharia-lakiin liittyvä rangaistus, minkä vuoksi sitä esiintyy usein kidutuksen yhteydessä islamilaisissa maissa. (Hermann 2003d, 140.) Kynsien ja hampaiden repiminen ovat myös tyypillisiä kidutusmenetelmiä. Kynsien alle saatetaan työntää neuloja, metallilankaa ja puutikkuja, joista jääneitä jäämiä saatetaan havaita myöhemmin kuvantamistutkimusten yhteydessä. (Hermann 2003c, 138.) Yleistä on myös ihon polttaminen kidutuksen yhteydessä (Hermann 2003f, 145). Ihoa saatetaan polttaa savukkeilla, kuumilla esineillä tai kaatamalla kuumaa nestettä tai syövyttävää ainetta iholle (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 7)

5 Psyykkinen ja seksuaalinen kidutus

5.1 Psyykkinen kidutus

Yleisiä psyykkisiä kidutusmenetelmiä ovat erilaiset deprivaatiomenetelmät, missä kiduteltu riistetään mahdollisuus johonkin toimintoon tai aistikokemukseen. Kidutetun silmät voidaan peittää tai uhria pidetään pimeässä huoneessa (Ruuskanen 2007.) tai puolestaan altistaa voimakkaalle valolle (Hermann 2003f, 145). Myös kuuloaistimuksen rajoittaminen tai kovalle äänelle altistaminen on yleistä (Hermann 2003f, 145; Istanbulin pöytäkirja 2015, 87). Lisäksi yleisiä psyykkisen kidutuksen menetelmiä ovat nukkumisen, liikkumisen, ravinnon ja veden saannin rajoittaminen, muista vangeista tai ulkomaailmasta eristäminen (Istanbulin pöytäkirja 2015, 87) sekä valeteloitukset (IRCT 2020b).

Psyykkinen kidutus voi olla uhrin tai tämän läheisten uhkailua väkivallalla tai kuolemalla. Kidutettu voidaan pakottaa osallistumaan muiden vankien tai omien läheisten kidutukseen tai seksuaaliseen hyväksikäyttöön tai toimimaan vakaumuksen vastaisesti. Kidutettu saatetaan pitää sosiaalisesti eristyksissä estämällä kommunikointi muiden kuin vangitsijoiden kanssa. (Ruuskanen 2007; Amris & C.Williams 2015.) Tyypillistä psyykkisessä kidutuksessa on kiduttajan ja uhrin välisessä suhteessa vuorotellen tapahtuva toivon herättäminen ja murskaaminen (Ruuskanen 2007).

Psyykkisen kidutuksen tarkoituksena on ajaa uhri äärimmäiseen avuttomuuden tilaan ja voi aiheuttaa uhrille suurta kärsimystä ilman fyysisiä vammoja, minkä takia psyykkinen kidutus onkin erittäin suuressa roolissa kaikissa kidutuskokeuksissa ja sillä on vahingolliset vaikutukset kidutetun persoonan ja minäkuvan eheyteen. Psyykkisen kidutuksen uhreille esiintyy usein vaikeuksia luottaa muihin ihmisiin ja myös itsetuntoon ja minäkuvaan liittyvä ongelmat sekä muutokset ovat yleisiä. Krooniset kipuoireet ovat yleisiä psyykkisen kidutuksen uhreilla. (Ruuskanen 2007.)

5.2 Seksuaalinen kidutus

Seksuaalisessa kidutuksessa yhdistyy lähes aina sekä psyykinen että fyysinen väkivalta (Ruuskanen 2007, 487). Seksuaalinen kidutus voi olla alastomuuteen pakottamista, sanallista tai fyysistä ahdistelua ja koskemattomuuden loukkamista sekä sukuelimiin kohdistuvaa pahoinpitelyä. Raiskauksella uhkailu, raiskaus yhdyntään pakottamalla tai esineellä sekä anaalinen kidutus ovat yleisiä seksuaalisen kidutuksen muotoja. Alastomuuteen pakottaminen on tyypillinen osa seksuaalista kidutusta ja se lisää kidutetun turvattomuuden tunnetta sekä pelkoa mahdollisesta hyväksikäytöstä, raiskauksesta ja seksuaalisesta väkivalta. Lisäksi alastomaksi pakotetun uhrin sanallinen pilkkaaminen, uhkailu, nöyryyttäminen ja halventaminen ovat tyypillinen osa seksuaalista kidutusta. Seksuaaliseen kidutukseen liittyy myös uhrin pakottaminen kulttuurillisten tabujen rikkomiseen. Kidutetut saatetaan pakottaa alastomana vankiselleihin perheenjäsenten, muiden läheisten tai vieraiden ihmisten kanssa sekä käyttämään seksuaalisesti hyväksi muita vankeja. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 117–118, 124.)

Naisiin kohdistuva ahdistelu, seksuaalinen väkivalta ja raiskaukset ovat tyypillisiä kidutuksen yhteydessä, mutta myös miehiin kohdistuva seksuaalinen kidutus on yleinen ilmiö (Peel 2009, 180). Miesten ja naisten kokemassa seksuaalisessa kidutuksessa on jonkin verran eroavaisuuksia, mutta tietyt seksuaalisen kidutuksen piirteet ovat yleisiä kummankin sukupuolen edustajien kokemuksissa. Naisiin kohdistuvassa seksuaalisessa kidutuksessa yleistä on fyysinen ahdistelu, raiskaus tai sillä uhkailu. Miehiin kohdistuvassa seksuaalisessa kidutuksessa yleistä on genitaalialueille kohdistetut lyönnit, kivespussien vetäminen ja vääntäminen, sähkökidutus sekä anaalinen kidutus. Kivespussiin kohdistunut trauma voi aiheuttaa kiveksen kiertymän, mikä aiheuttaa voimakasta kipua sekä turvotusta ja hoitamattomana voi johtaa kivespussien kuolioon. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 117–118 & 124.)

Akuuttivaiheessa seksuaalisen kidutuksen sekä raiskauksen jälkeiset fyysiset vammat voivat olla hiertymiä, repeämiä ja verenvuotoa emättimen sekä peräaukon alueella. Seksuaaliseen kidutukseen ja raiskaukseen liittyy aina fyysisten vammojen lisäksi riski sukupuolitaudeista, kuten HIV-tartunnasta sekä naisilla neitsyyden menettämisen ja raskauden mahdollisuus. (Istanbulin pöytäkirja

2015, 117–118.) Myöhemmässä vaiheessa seksuaalisen kidutuksen uhreilla esiintyy usein psyykkisiä oireita ja erilaisia kiputiloja sekä seksuaalitoimintojen ongelmia. Naisilla voi esiintyä kuukautishäiriöitä (Ruuskanen 2007, 487) ja miehillä puolestaan kroonisen vaiheen oireita voivat olla virtsatieinfektiot, erektiohäiriöt sekä kivesten surkastuminen (Istanbulin pöytäkirja 2015, 124).

6 Kidutus psyykkisenä traumana

6.1 Kidutuksen vaikutukset mielenterveyteen

Kidutuksen tarkoituksena on uhrin psyykeen ja persoonallisuuden eheyden rikkominen fyysisen ja henkisen kärsimyksen kautta. Kidutus on traumaattinen ja psyykkisesti tuhoava kokemus, jonka vaikutukset mielenterveyteen ovat monesti vakavia ja laajoja. (Castaneda ym. 2018, 277, 356.) Kidutetuksi joutuminen tai sen todistaminen lisää merkittävästä erilaisten mielenterveysongelmien riskiä (Henriksson & Lönnqvist 2019b). Yleisimpiä kidutettujen keskuudessa esiintyviä psyykkisiä oireita ovat traumaperäiset oireet, vaikea masennus ja ahdistuneisuusoireet. Vaikeasti traumatisoituneilla kidutuksen uhreilla voi esiintyä myös psykoottisia ja dissosiativisia oireita. Lisäksi kognitiiviset häiriöt, kuten muistin ja toimintakyvyn häiriöt ovat yleisiä. (Castaneda ym. 2018, 238, 277, 356.)

Masennus on yleinen kidutuksen uhreilla ja sen vaikutukset toimintakykyyn voivat olla hyvin laajat. Tyypillisiä masennuksen oireita ovat mielialan lasku ja vähentynyt kiinnostus ennen mielihyvää tuottaneisiin asioihin. Yleistä on myös ruokahalun muutokset, mikä voi ilmetä laihtumisena tai painon nousemisena. Unihäiriöt, kuten unettomuus ja liika nukkuminen, väsymys sekä voimattomuus ovat myös yleisiä masennusoireita. Masennuksen vaikutukset kognitiiviseen toimintakykyyn voivat ilmetä keskittymisongelmina sekä muistamisen vaikeuksina. Itsetuhoisuus ja kuolemaan liittyvät ajatukset sekä oman itsen mitättömyyteen liittyvät tunteet ovat yleisiä vaikeassa masennustilassa. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 131.) Kidutettu voi kokea, että hän on kidutuksen seurauksena peruuttamattomasti vahingoittunut ja luottamus omaan tulevaisuuteen voi olla merkittävästi heikentynyt

(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Kidutuksen uhri saattaa vetäytyä, eristäytyä muista ihmisistä ja kidutusta kokeneella voi olla vaikeuksia luoda sekä ylläpitää ihmissuhteita. Ammatillisten sekä henkilökohtaisten tavoitteiden ja toiveiden määrittäminen ja tavoittelu voi olla haastavaa. (IRCT 2020b.)

Ahdistusoireet ovat yleisiä kidutuksen uhrien keskuudessa (Castaneda ym. 2018, 238 & 356). Ahdistuneisuus liittyy lähes kaikkiin psykiatrisiin sairauksiin, kuten masennukseen, traumaperäiseen stressihäiriöön ja psykoosioireisiin. Ahdistuneisuus ilmenee pelon ja huolestuneisuuden tunteina, jotka liittyvät yleensä nykyhetkeen tai tulevaisuuteen. Ahdistus voi vaihdella lievästä jännityksestä aina paniikkioireisiin ja voimakkaisiin pelkotiloihin. Voimakas ahdistus aktivoi autonomisen hermoston sympaattisen osan toimintaa, jolloin fyysisinä oireina voi ilmetä mm. sydämentykyistä, hengenahdistusta, hikoilua ja huimausta ja unettomuutta. (Huttunen 2018a.)

Kidutetun oirekuvaa kartoittaessa on tärkeää myös huomioida psyykkisten oireiden ilmaisuun liittyvät kulttuurilliset erot. Käsitys mielenterveydenhäiriöistä ja niihin liittyvistä mielikuvista ja tunteista voivat vaihdella merkittävästi eri kulttuurien välillä. Kulttuureissa, joissa mielenterveysongelmat koetaan tabuksi tai niihin liittyvät sanat ja käsitteet puuttuvat, saatetaan psyykkisiä oireita kuvailla muiden oireiden kautta. Esimerkiksi monessa Aasian, Etelä-Amerikan, Afrikan maissa ja Kiinassa masennusta kuvataan usein somaattisten oireiden kautta. Masennukseen liitetyt oireet voivat olla erilaisia tuki- ja liikuntaelimestön kipuoireita, uupumuksen ja väsymyksen tunnetta, keskittymisvaikeuksia, sydänoireita, kuten hikoilua ja hengitysvaikeuksia, raskauden tunnetta päässä sekä ruoansulatuselimistön ongelmina. (Schubert 2017, 115–117; Stade, Skammeritz, Hjortkjaer & Carlsson 2015.)

Pakolaistaustaisten maahanmuuttajien mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä tarkastellessa on tärkeää huomioida myös muut psyykkistä kuormitusta lisäävät tekijät (Stade, Skammeritz, Hjortkjaer & Carlsson 2015). Turvapaikanhakijana oleskelevan kidutuksen uhrin psyykkistä kuormitusta voi lisätä epävarmuus turvapaikkapäätöksestä ja oleskeluluvasta, asumisolosuhteet ja taloudellinen ti-

lanne, uudessa maassa koettu rasismi, erillään olo perheestä ja omasta yhteisöstä. Lisäksi monella on huoli kotimaahan jääneistä läheisistä. (Amris & C.Williams 2015.) Pakolaistaustaisella maahanmuuttajalla voi olla kidutuksen lisäksi taustalla muita traumaattisia kokemuksia, kuten sotaa ja siihen liittyviä väkivaltaisuuksia. Pakomatka kotimaasta on usein vaarallinen ja voi altistaa monille traumaattisille kokemuksille, kuten seksuaaliselle väkivallalle ja riistolle. (Castaneda ym. 2018, 277, 356.)

Yksilölliset tekijät sekä käytetyt kidutusmenetelmät vaikuttavat siihen, millaisia psyykkisiä seurauksia kidutuksella voi olla. Kaikille kidutetuille ei kehity diagno-soitavaa psyykkistä sairautta, mutta erilaiset psyykkiset oireet ja tunnereaktiot ovat tyypillisiä kidutusta kokeneiden keskuudessa. Kidutetun sosiaalinen, kulttuurinen ja yhteiskunnallinen asema sekä kidutetuksi tuleminen vaikutukset uhrin asemaan omassa kulttuurissa ja yhteisössä ovat myös merkittävässä roolissa traumatisoitumisen kokemuksessa. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 127, 129–130.) Aikaisemmat mielenterveyden häiriöt sekä erityisesti lapsena koetut traumaattiset kokemukset voivat voimistaa traumaperäisiä reaktioita. Puolestaan muiden ihmisten ja yhteisön tuki ovat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja voivat edistää traumaattisista kokemuksista toipumista. (Henriksson & Lönnqvist 2019b.)

6.2 Traumaperäiset stressihäiriöt

Psyykinen trauma voi syntyä minkä tahansa yksilön kokeman epämiellyttävän, pelottavan, sietämättömän tilanteen tai tapahtuman seurauksena sekä poikkeuksellisen uhkaavissa tai järkyttävissä tilanteissa, esimerkiksi hengenvaarallisissa tilanteissa (Lindfors 2018, 141; YTHS 2019). Traumaattisiksi kokemuksiksi voidaan luokitella esimerkiksi vakavat onnettomuudet, väkivallan kohteeksi joutuminen, luonnonkatastrofit ja sotatilanteet (Huttunen 2018b). Myös toiseen ihmiseen kohdistuvan traumaattisen tapahtuman todistaminen voi aiheuttaa psyykkisen traumatisoitumisen (Henriksson & Lönnqvist 2019b).

Traumaperäisen stressihäiriön syntyyn vaikuttaa merkittävästi henkilön kykene-mättömyys integroida eli liittää traumaattista kokemusta osaksi omaa kokemusta

ja elämäntarinaa. Osa traumatisoituneista pystyvät muodostamaan johdonmukaisen kertomuksen tapahtumista, kykenemättä silti täysin tiedostamaan, että traumaattinen kokemus on tapahtunut juuri hänelle. Osalla traumaattiset kokemukset voivat olla täysin poissa tietoisesta kokemuksesta, jolloin muistikuvia traumaattisista tapahtumista on vain vähän tai ei ollenkaan. (Nijenhuis & den Boer 2007.) Uhkaavan tai traumaattisen kokemuksen jälkeen syntynyttä lyhytaikaista oireilaa kutsutaan äkilliseksi stressireaktioksi. Puolestaan pitkittyntä, yli 6 kuukautta kestänyttä tilaa kutsutaan post-traumaattiseksi stressihäiriöksi (PTSD). Post-traumaattinen stressihäiriö on reaktio poikkeuksellisen uhkaavaan, psyykkistä kärsimystä tai ahdistusta aiheuttaneeseen tilanteeseen. (Henriksson & Lönnqvist 2019a; 2019b.)

Pakolaistaustaisilla maahanmuuttajilla traumaperäisiä stressioireita esiintyy 11–56 % ja kidutuksen uhreista yli puolella (Henriksson & Lönnqvist 2019b). Tyypillisiä traumaperäisiä psyykkisiä oireita kidutetuilla ovat takauamat tai mieleen tunkeutuvat muistikuvat kidutustapahtumista sekä kidutuskokemusten uudelleen eläminen. Painajaiset, nukahtamisvaikeudet ja unihäiriöt ovat myös yleisiä kidutuksen uhreilla. Kohonnut ylivireystila on tyypillinen seuraus kidutuksesta ja traumaattisista kokemuksista, mikä voi ilmetä korostuneena valppautena, säpsähtelynä sekä yleisenä levottomuutena. Ärtynisyys ja vihan tunteet ovat myös yleisiä. Välttelykäyttäytyminen on tyypillinen traumaan liittyvä toimintatapa, missä kidutuksen uhri pyrkii välttämään kaikkia tilanteita ja asioita, jotka saattavat nostaa mieleen traumaattiseen kokemukseen liittyviä muistoja tai tunteita. Tämä voi johtaa tunteiden välttelyyn ja turruttamiseen, sekä sosiaaliseen eristäytymiseen. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 129–130.) Lisäksi traumaperäinen stressihäiriö voi ilmetä piittaamattomana ja itsetuhoisena käyttäytymisenä. Kognitiiviset muutokset ovat tyypillisiä pitkittyneessä traumaperäisessä reaktiossa. Traumatisoituneella voi olla vaikeuksia muistaa ja hahmottaa traumaattisia tapahtumia osittain tai kokonaan. Traumatisoitunut voi syyttää itseään tai muita tapahtumista, ja kielteiset tunnetilat, kuten pelko, ahdistus, syyllisyys ja häpeä ovat yleisiä. (Henriksson & Lönnqvist 2019b.)

Vuonna 2018 traumaperäisten oireyhtymien luokitukseen lisättiin monimuotoinen stressihäiriö (kompleksinen PTSD), missä esiintyy traumaperäisen stressihäiriön

oireiden lisäksi tunteiden säätelyn ongelmia, vaikeuksia ylläpitää pysyviä ihmisuhteita sekä pysyvä, kielteinen minäkäsityksen muutos. Kompleksinen PTSD on yleensä seurausta pitkäkestoisesta psyykkisestä stressistä tai traumaattisista kokemuksista. (Käypä hoito 2020a.) Äärimmäisen traumaattiset kokemukset, kuten kidutus, keskitysleirikokemukset ja toistuvat henkeä uhkaavat tilanteet voivat muuttaa pysyvästi traumatisoituneen persoonallisuutta. Persoonallisuuden muutokset voivat ilmetä esimerkiksi vihamielisyytenä ja epäluuloisuutena ympäristöä tai muita ihmisiä kohtaan, sosiaalisena vetäytymisenä, pelokkuutena ja jatkuva uhan tunteena, pysyvinä tyhjyyden ja toivottomuuden, ulkopuolisuuden ja vieraantumisen tunteina sekä tunne-elämän turtuneisuutena. Persoonallisuuden muutoksella on usein merkittäviä vaikutuksia ihmisen sosiaalisiin suhteisiin ja toimintakykyyn. (Terveyskirjasto 2020a.)

Pitkittyneet traumaperäiset stressireaktiot vaativat usein erikoissairaanhoidoa, mikä voi sisältää muun muassa psykoterapiaa ja kognitiivisbehavioraalisia hoitomuotoja, joiden avulla traumatisoitunut henkilö saa keinoja kohdata ja hallita traumaattisiin kokemuksiin liittyviä tunteita. Traumatyön tavoitteena on tukea kuntoutujan toimintakykyä, esimerkiksi purkamalla asteittaan traumaomaisiin liittyvää välttelykäyttäytymistä sekä tukea arjen rytmin ja rutiinien ylläpitoa. Tärkeää hoitoja terapiassa on traumatisoituneen itsearvostuksen tukeminen, mikä on usein voinut alentua traumaattiseen kokemukseen liittyvien syyllisyyden ja häpeän tunteiden seurauksena. Psykiatrinen kuntoutus voi sisältää terapian lisäksi myös lääkehoitoa ja vertaistukitoimintaa. Taideterapiaa voidaan hyödyntää erityisesti niiden kohdalla, joilla on vaikeuksia sanoittaa traumaattiseen kokemuksiin liittyviä tapahtumia ja tuntemuksia. (Henriksson & Lönnqvist 2019b.)

6.3 Dissosiaatiohäiriöt

Dissosiaatiolla tarkoitetaan tajunnan, muistojen, identiteetin ja havaintojen yhdistymisen häiriöitä (Odgen & Fisher 2015, 503). Dissosiaatio-oireilla on merkittävä yhteys traumaattisiin kokemuksiin ja traumaperäisiin psyykkisiin häiriöihin. Dissosiaatio on eräänlainen suojamekanismi, minkä tarkoituksena on suojata psyykettä sen tasapainoa järkyttäviltä tunnetiloilta. Dissosiaatio voi ilmetä muistinmenetyksinä, ympäristön, ihmisten tai itsensä vieraaksi kokemisena tai ajan ja

paikan tajun kadottamisena, havaintojen vääristymisenä ja vaikeuksina erottaa mielikuvia todellisuudesta. Joskus dissosiaation yhteydessä voi esiintyä näkö- ja kuuloharhoja. Dissosiaation fyysisiä oireita voivat olla kouristukset, lihasnykäykset, äänen ongelmat (äänen katoaminen, ääntämisvaikeudet), tunnottomuuden ja kivun tuntemukset sekä tajuttomuus. Dissosiaatioon voi liittyä myös aistihäiriöitä, kuten sokeutumista. Traumakokemuksista muistuttavat ärsykkeet, tilanteet ja tunteet voivat laukaista dissosiaatio-oireita. (Terveyskirjasto 2018.)

Depersonalisaatio on tavallinen dissosiaatioon ja traumaperäisiin häiriöön liittyvä epätodellisuuden kokemus, mikä saattaa liittyä persoonallisuuteen tai identiteettiin, kehoon tai ympäristöön. Depersonalisaatiosta kärsivä voi tuntea itsensä tai ympäristön vieraaksi, oudoksi tai muuttuneeksi. Depersonalisaatioon voi liittyä myös asioiden tai ympäristön näkemistä pienenä (mikropsia) tai suurentuneena eli (makropsia). Depersonalisaatiossa henkilö voi olevansa irti tai ulkopuolella itsestään tai kehostaan. Depersonalisaatio voi olla kokemuksena pelottava ja aiheuttaa ahdistusta, mutta todellisuuden taju säilyy oireiden aikana ja depersonalisaatiosta kärsivä tiedostaa kokemuksen olevan kuvitteellinen. Dissosiaatiohäiriöiden tavoin, depersonalisaatiota pidetään reaktion tai selviytymiskeinona traumaattisten muistojen ja niihin liittyvien tunteiden käsittelyssä. (Huttunen 2018c.)

Traumaattinen kokemus voi aiheuttaa muutoksia traumatisoituneen persoonan rakenteessa. Erityisesti pitkään jatkuneessa uhkaavassa tai turvattomassa tilanteessa persoonallisuus voi jakautua osiin. Tällöin puhutaan persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta tai traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä. Rakenteellisessa dissosiaatiossa traumaattista kokemusta, siihen liittyviä tunteita ja toimintoja, kantaa erillinen persoonan osa. Näitä persoonallisuuden osia kutsutaan emotionaaliseksi persoonallisuudeksi (EP, *emotional part of personality*). Arkipäiväisessä elämässä, normaalisti toimivaa persoonan osaa kutsutaan puolestaan ANP:ksi (*apparently normal part of personality*). Rakenteellisessa dissosiaatiossa persoonallisuuden osat eivät ole tietoisia toisistaan, mikä auttaa traumatisoitunutta selviytymään elämässä, sulkemalla traumaattiset kokemukset pois tietoisuudesta. Traumakokemuksista muistuttavat asiat voivat aktivoida EP-osia voimakkaimmillaan niin, että persoonallisuuden normaalielämää elävä ANP-osa

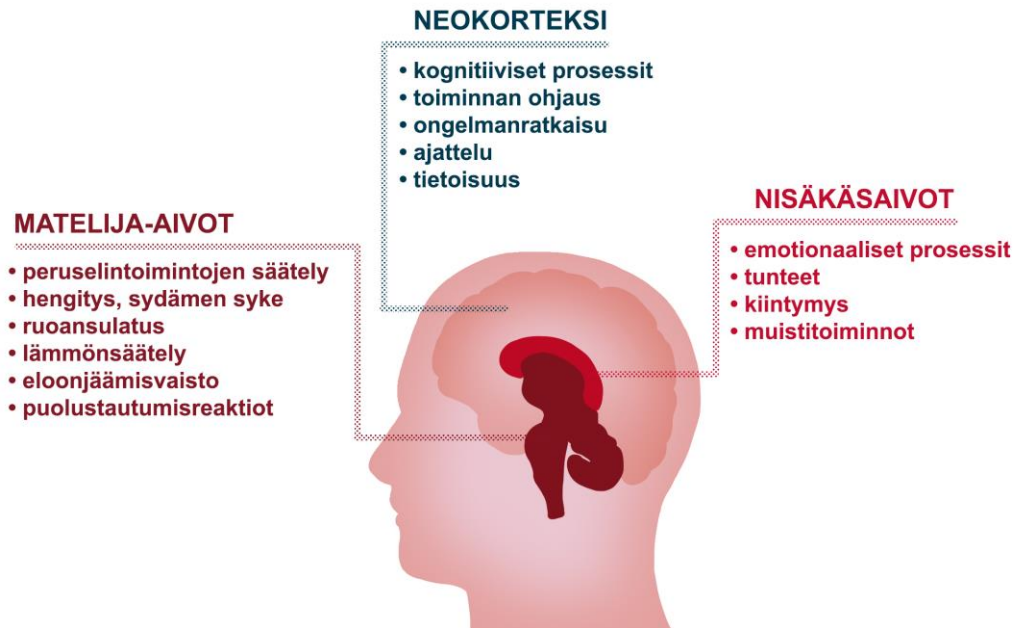
sammuu tai katoaa hetkellisesti, ja EP:n traumaattista kokemusta kantava persoonallisuuden osa tulee näkyväksi. Tällöin dissosiaatiosta kärsivä henkilö voi kokea muistikatkoksia tai ajantajunnan menetystä ja nykyhetkisen todellisuuden katoamista. (Suomen trauma- ja dissosiaatioyhdistys 2018; 2017.)

6.4 Aivojen kolmimalli

Traumaattisten kokemusten ja psyykkisen stressin vaikutuksia aivojen rakenteeseen voidaan tarkastella kolmiaivomallin avulla (Kuva 1). Kolmiaivomallissa aivot jaotellaan kolmeen aivojärjestelmään: matelija-aivoihin, nisäkäsaivoihin ja neokorteksiin. Nämä aivojen osa-alueet ovat kehittyneet ihmislajin eri kehitysvaiheissa ja jokainen aivojärjestelmällä on omat erityistehtävänsä sekä tapansa vastaanottaa informaatiota ja reagoida siihen. Matelija-aivoihin kuuluvat aivojen rakenteellisesti syvimät osat, kuten aivorunko ja pikkuaivot. Matelija-aivot ovat kehityksellisesti aivojen vanhin osa ja se ohjaa peruselintoimintoja, kuten hengitystä, sydämen sykettä ja lämmönsäätelyä. Matelija-aivojen tarkoitus on varmistaa eloonjääminen ja tästä syystä tämä aivojen järjestelmän osa vastaa monista refleksin omaisista ja vaistomaisista reaktioista uhkaavissa tilanteissa. Uhkaavaan tilanteeseen liittyvät keholliset taistelu-, pakenemis- ja lamaantumisreaktiot syntyvät matelija-aivojen osissa. (Odgen & Fisher 2015, 124–127.)

Nisäkäsaivot eli limbinen järjestelmä sijaitsee aivojen keskiosissa. Nisäkäsaivot vastaavat emotionaalisisista prosesseista ja rakenteellisesti yhdistävät matelija-aivot neokorteksiin. Tämä aivojärjestelmän osa mahdollistaa kyvyn tuntea kiintymystä muihin ihmisiin sekä miellyttävien ja epämiellyttävien tunnekokemusten ja tunnemuistojen muodostumisen. Nisäkäsaivoilla on myös merkittävä rooli erilaisissa muistitoiminnoissa. Neokorteksi eli aivokuori vastaa erilaisista kognitiivisista ja toiminnan ohjaukseen liittyvistä prosesseista. Neokorteksin aivojärjestelmä mahdollistaa muun muassa ajattelun, päättelyn, tiedon käsittelyn, suunnittelun, ongelmanratkaisun ja päätöksen teon. Neokorteksin avulla ihminen kykenee säätelemään kehollisiin tuntemuksiin sekä tunteisiin liittyviä reaktioita ja toimintamalleja. (Odgen & Fisher 2015, 124–127.)

Kuva 1. Kolmiaivomalli (Kuva: Katri Luotonen).



Kaikki nämä kolme aivojärjestelmää toimivat tiiviissä yhteistyössä keskenään ja näiden toimintaan vaikuttavat varhaisen kehityksen kiintymyssuhteet sekä aikaisempien kokemusten myötä opitut toimintatavat ja keholliset reaktiot uhkaavissa tai psyykkisesti kuormittavissa tilanteissa. Uhkaavassa tilanteessa matelijä-aivojen osat aktivoituvat ja ihmisen toimintaa ohjaa eloonjäämisvaisto. Uhkaavassa tilanteessa toiminta ovat usein refleksejä ja tiedostamattomia reaktioita tilanteeseen, missä nopea reagointi on välttämätön selviytymisen kannalta. (Odgen & Fisher 2015, 124–127.)

Traumaattinen kokemus ja pitkittynyt psyykinen stressi aiheuttaa muutoksia aivojen toiminnassa ja rakenteessa. Traumaattisen kokemuksen ja pitkittyneen stressin seurauksena syntyneet aivojen limbisen järjestelmän, kuten hippokampuksen, talamuksen ja manteliumakkeen toimintahäiriöt, voivat aiheuttaa muistin- ja keskittymiskyvyn sekä tunteiden ja stressin säätelyn ongelmia, vaikeuttaa uusien asioiden oppimista sekä aiheuttaa yli- ja alivireystiloja, mitkä voivat ilmetä yliaktiivisuutena tai vastakkaisesti lamaantumisenä. (Lindfors 2018, 145–146.) Pitkittyneessä uhkaavassa tai stressaavassa tilanteessa aivojen manteliumake herkistyy uhkaavasta tilanteesta muistuttaville ärsykkeille ja voi jatkaa vaarasta viestittämistä vielä silloinkin, kuin uhkaava tilanne on poistunut, mikä on keskeinen ilmiö traumaperäisissä häiriöissä. (Odgen & Fisher 2015, 124–127.)

6.5 Trauma ja keho

Uhkaavassa tilanteessa ihminen pyrkii joko pakenemaan tai vaikuttamaan tilanteeseen, esimerkiksi puolustautumalla ("taistele tai pakene" -reaktio). Vaaran uhatessa autonomisen hermoston sympaattinen osa aktivoituu ja keho virittyy ylivireystilaan, jolloin aistitoiminnot terävöityvät, adrenaliinin erityys elimistössä lisääntyy ja hengitys- ja verenkiertoelimistö sekä lihakset valmistautuvat toimimaan uhkaavassa tilanteessa. Eläimet purkavat uhkaavassa tilanteessa syntyneen reaktion kehostaan pois ravistelemalla. Ihmisillä puolestaan traumaattisessa kokemuksessa syntynyt jännite ja ylivireystila eivät pääse purkautumaan samalla tavalla ja käsittelemättömät traumaattiset kokemukset voivat aiheuttaa traumaattiseen tilanteeseen liittyvien tunteiden ja fyysisten reaktioiden lukittumisen kehoon. Tämän seurauksena uhkaavan tilanteen aiheuttama stressireaktio pitkittyy ja elimistö on jatkuvassa valmiustilassa reagoimaan mahdollisiin uhkiin, vaikka vaaratilanne olisikin jo poistunut. Tilanteissa, missä pakeneminen tai puolustautuminen eivät ole mahdollisia syntyy puolestaan lamaantumisreaktio, jonka tarkoituksena on suojella ihmistä järkyttävän kokemuksen vaikutuksilta, kuten kivulta tai pelolta (Mielenterveystalo 2020.) Lamaantumisreaktio on dissosiativinen tila, mihin voi liittyä tajunnan menetys tai motorinen lamaantuminen (Kienle, Rochtroh, Bohus, Huffziger & Steffen-Klatt 2017).

Traumaattiset kokemukset varastoituvat kehoon ja voivat nousta esiin erilaisten ärsykkeiden tai traumaattista tilannetta muistuttavien asioiden ja tunteiden myötä (Lindfors 2018, 145–146). Myöhemmässä vaiheessa traumaattisista tapahtumista muistuttavat olosuhteet voivat laukaista voimakasta psyykkistä ahdistusta sekä fysiologisia reaktioita. Traumaperäisiä tyypillisiä somaattisia oireita ovat hengenahdistus, hikoilu, ruoansulatuselimistön häiriöt sekä suun kuivuminen ja huimaus, mitkä ovat osaltaan seurausta hermoston ylivireystilasta. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 129–130.) Traumaperäisistä oireista kärsivillä tyypillisiä ovat autonomisen hermoston sympaattisen osan korostunut aktiivisuus, mikä voi ilmetä kohonneena sydämen lyöntitiheytenä ja verenpaineena (Henriksson & Lönnqvist 2019b).

Erityisesti väkivaltaisiin traumakokemuksiin liittyy muistinmenetystä, minkä vuoksi traumatisoituneen henkilön voi olla vaikeaa muodostaa yhtenäistä kertomusta tai muistikuvaa tapahtumista. Traumaattiseen kokemukseen liittyvät hajanaiset aistihavainnot ja niihin yhdistyneet tunnetilat säilyvät kuitenkin kehomuistissa. Tästä syystä erilaiset aistikokemukset, kuten esimerkiksi tuoksut, äänet, maut ja kehon liikkeisiin ja tuntemuksiin liittyvät kokemukset voivat laukaista traumatisoituneessa takaumia, trauman uudelleen elämistä, paniikkikohtauksia tai vihanpurkauksia sekä dissosiativisia oireita ja kohtauksia. (Lindfors 2018, 145–146.)

Traumaattiset kokemukset voivat aiheuttaa kyvyttömyyttä tunnistaa, sanoittaa ja ilmaista tunteita. Pyrkiessään suojatumaan psyykkiseltä kivulta ihminen saattaa vältellä traumaattisiin kokemuksiin liittyviä muistoja ja tunteita. Tunteiden pyrkiessä tietoisuuteen elimistössä käynnistyy erilaisia fysiologisia prosesseja, jotka voivat ilmetä monenlaisina fyysisinä oireina. Tapauksissa, missä ihminen ei kykene olemaan yhteydessä omiin tunteisiinsa ja käsittelemään kokemuksiaan lainkaan psyykkisellä tasolla, kehollinen oireilu voi olla ainut keino reagoida traumaattiseen kokemukseen. (Saarijärvi, Salminen & Äärelä 2006.) Traumatisoituneen yhteys oman kehon ja mielen välillä saattaa heikentyä, koska kehoon liittyvät tuntemukset ja kokemukset voivat laukaista muistoja traumaattisista kokemuksista. Kehoyhteyden puuttuminen voi ilmetä esimerkiksi puutuneisuutena ja tunnottomuutena kehon alueilla. Kehon ja mielen välisen yhteyden puuttuminen voi vaikeuttaa myös myönteisten tunteiden kokemista. (Mielenterveystalo 2020.)

6.6 Somatoforminen dissosiaatio ja konversiohäiriöt

Somatoformiset eli elimellisoireiset psykiatriset häiriöt ilmenevät fyysisinä oireina, joiden taustalta ei kuitenkaan ole löydettävissä elimellistä sairautta. Somatoformisten oireiden taustalla voi olla erilaisia psyykkisiä tekijöitä, kuten vaikeita ja sietämättömiä tunnetiloja sekä traumaattisia kokemuksia. (Huttunen 2018d.) Konversiohäiriö luokitellaan somatoformisiin psykiatrisiin häiriöihin sekä dissosiaatiohäiriöihin. Konversiohäiriöt ilmenevät usein neurologisiin sairauksiin viittavilla oireilla, joiden taustalta ei kuitenkaan löydy tutkittaessa fyysistä sairautta.

(Miller, Archer & Kapoor 2020.) Elimellisten sairauksien poissulkeminen on tärkeää konversio-oireiden yhteydessä, ja on myös huomioitava fyysisen sairauden mahdollisuus konversio-oireiden rinnalla (Lauerma 2019).

Konversiohäiriöiden tyypillisiä oireita (Taulukko 1) ovat tahdonalaisten lihasten sekä sensoristen toimintojen häiriöt. Konversio-oireita voivat olla erilaiset halvausoireet, puutumisen tunteet, lihasheikkous, vapina, liikehäiriöt ja dystonia. Lisäksi voi ilmetä häiriöitä tasapainossa sekä muita aistitoimintojen häiriöitä ja menetyksiä, kuten sokeutumista. Nielemisen, puheen ja äänen tuoton ongelmat ovat myös yleisiä. Konversiohäiriöihin voi liittyä myös kouristuskohtauksia tai psykogeenisii ei-epileptisiä kohtauksia (PNES). (Lauerma 2019; Ali, Jabeen, Pate, Shahid, Chinala, Nathani & Shah 2015.)

Konversio-oireiden taustalla on usein psyykkistä stressiä, traumakokemuksia sekä voimakkaita tunnekokemuksia, jotka ilmenevät fyysisinä oireina. Yleisiä konversio-oireet ovat erityisesti fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa kokeneilla. Lisäksi konversiohäiriöitä voi ilmetä psykiatristen sairauksien, kuten dissosiaatiohäiriöiden, post-traumaattisen stressihäiriön, persoonallisuushäiriöiden sekä skitsofrenian (Ali ym. 2015), sekä masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden yhteydessä (Miller, Archer & Kapoor 2020). Konversiohäiriöön viittaavat oireet, joiden taustalta ei löydy somaattista sairautta ja joiden alkaminen on yhdistettävissä psyykkiseen stressiin tai kuormittaviin elämäntapahtumiin (Terveyskirjasto 2020b).

Konversiohäiriön tunnistaminen on usein haastavaa. Fyysiset oireet voivat alkaa äkillisesti, ja erilaiset halvausoireet ja muut neurologiset oireet herättävät usein epäilyksen fyysisestä sairaudesta. (Miller, Archer & Kapoor 2020.) Konversiohäiriö voi ilmetä akuutteina tai pitkäaikaisina oireina, jotka usein lievittyvät tai poistuvat psyykkisen kuormituksen lievittyttyä (Lauerma 2019). Tapauksissa, joissa tutkimuksista huolimatta oireiden taustalta ei löydy fyysistä sairautta, on tärkeää ohjata potilas psykiatriin jatkotutkimuksiin mahdollisten konversio-oireiden tai muiden psyykkisten sairauksien selvittämistä varten sekä oikeanlaisen hoidon ja kuntoutuksen varmistamiseksi. Konversiohäiriöiden hoitoprosessi suunnitella potilaan yksilöllisten lähtökohtien ja tarpeiden pohjalta. Konversiohäiriön hoidossa

ja kuntoutuksessa voidaan hyödyntää erilaisia terapiamuotoja, kuten fysioterapiaa, psykoterapiaa ja ryhmäterapiaa. Lisäksi oireiden hoidossa voidaan hyödyntää lääkehoitoa, hypnoosia ja vaikeimmista tapauksissa TMS-hoitoja (transcranial magnetic stimulation). (Miller, Archer & Kapoor 2020.)

Taulukko 1. Konversio-oireiden erottaminen elimellisistä oireista. (Ali ym. 2015 artikkelin taulukkoa mukailten).

Oire	Konversio-oireisiin viittaavat erityispiirteet
Sokeutuminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äkillinen näönmenetyk, jonka taustalla ei vammaa tai silmän rakenteiden vaurioita. ▪ Sokeutunut pystyy liikkumaan satuttamatta itseään näönmenetyksestä huolimatta.
Kuuroutuminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reagointi äkillisiin ja voimakkaisiin ääniin.
Psykogeeniset ei-epileptiset kohtaukset (PNES)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ei aiempia kohtauksia. ▪ Kohtausten aikana ei vastetta epilepsialääkitykseen tai oireet voimistuvat lääkityksen aikana. ▪ Rakon ja suolen pidätyskyky säilyy kohtausten aikana.
Vapina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lisäpainon käyttäminen oireilevassa raajassa lisää vapinaa, kun taas elimellisperäisessä vapinassa painon lisääminen yleensä vähentää vapinaoireita.
Dystonia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jähmettyneet asennot, kuten jalan inversio tai nyrkkiin puristunut käsi. ▪ Jännittyneet asennot nukkuessa. ▪ Voimakas kipu.
Halvaus, halvausoireet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toispuolinen halvaantuminen tai yhden tai useamman raajan halvaantuminen ▪ Halvausoireet eivät noudata anatomisia malleja ▪ Tutkittaessa halvausoireissa havaittavissa epäjohdonmuokaisuuksia
Pyörtyminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pyörtyminen tai pyörtymisen tunne ▪ Autonomisen hermoston reaktioita ei havaittavissa (esim. kalpeus)
Afonia, puhekyvyttömyys	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikeus yskää pyydettyäessä, muissa afonioissa yskeminen toimii normaalisti.
Puutuminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puutumisoireita yleensä ylä- ja alaraajoissa ▪ Puutumisen ja tunnottomuuden alue on yleensä hyvin tarkkarajainen ▪ Usein nivelten alueella
Paraplegia, alaraajahalvaus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normaalit jännerefleksit ▪ Babinskin testi negatiivinen

7 Kidutetun fysioterapeuttinen tutkiminen

7.1 Kidutetun kohtaaminen

Kidutustrauman mahdollisuus on pidettävä mielessä turvapaikanhakijoiden ja pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kohdalla erityisesti silloin, jos potilaalla esiintyy kroonista kipua, tuki- ja liikuntaelimestön oireita, toistuvaa pääsärkyä, vammoja, arpia tai psyykkisiä oireita kuten masennusta tai traumaperäisiä oireita. (Amris & Williams 2015.) Kidutustrauman tunnistaminen perusterveydenhuollon parissa voi olla haastavaa useista eri syistä. Traumaattiseen kokemukseen liittyvät häpeän tunteet ja vaikeat psyykkiset oireet sekä luottamuksen puute viranomaisiin ja hoitohenkilökuntaan voivat estää kidutettua kertomasta kokemuksistaan, kuten myös traumatisoitumiseen liittyvät muistinmenetykset sekä torjuntamekanismit. (Ruuskanen 2007, 486.)

Luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin rakentaminen hoitosuhteessa vaatii aikaa ja toimii lähtökohtana kidutuskokemuksista kertomiselle. Kidutetut kokevat usein häpeää kidutukseen liittyvistä tapahtumista ja nöyryytyksestä, mikä voi estää kidutettua kertomasta kokemuksistaan. Useat saattavat myös pelätä, ettei heidän tarinaansa uskota tai että heidät torjutaan. Osa voi kokea syyllisyyttä läheisten ihmisten ilmiannosta kidutuksen seurauksena, osa kidutettujen läheisistä ovat joutuneet itse vaaraan auttaessaan kidutettua pakenemaan. (Hough 1996.) Kidutukset uhrin kokevat kuitenkin usein helpotusta saadessaan jakaa kokemuksensa ja tästä syystä on tärkeää, terveydenhoidon ammattilaiset tarjoavat kidutetulle mahdollisuuden puhua ja kertoa kokemuksistaan. Kidutuskokemuksen mahdollisuutta epäillessä on tärkeää kysyä asiasta potilaalta suoraan. (Ruuskanen 2007, 486; Amris & C.Williams 2015.)

Koska näkyviä vammoja kidutuksesta ei aina löydy, aikaisempien terveystietojen sekä kidutetun oma kuvaus tapahtumista on tärkeä lähtökohta kidutusvammojen kartoittamisessa. On tärkeää kartoittaa myös kidutusta ennen ja jälkeen tapahtuneet mahdolliset traumat, sairaudet sekä toimenpiteet, jotta näiden aiheuttamat fyysiset muutokset osataan erotella tarvittaessa kidutusjäljistä. Kidutuskokemuk-

sista puhuminen tai niiden muistelemisen voivat aiheuttaa kidutuksen uhrissa voimakasta ahdistusta. Osa kidutetuista saattavat puolestaan kertoa kokemuksistaan hyvinkin tyynesti, mikä ei kuitenkaan ole merkki, ettei kidutusta olisi tapahtunut. Terveystieteiden ammattilaisen on tärkeää tiedostaa, että kidutetun kertomuksessa tapahtumista voi olla aukkoja ja joskus kidutetun kertomus vamman syntymisestä voi olla ristiriitainen. Uhrin silmät on voitu peittää kidutuksen ajaksi tai kidutettu on saattanut olla osittain tai täysin tajuton pahoinpitelyn aikana, jolloin kidutetun muistot tapahtumista voivat olla hajanaisia. (Kirschner & Peel 2009, 150–151.)

Kidutetun kohtaamisessa on tärkeää huomioida traumaattisten kokemusten läpikäymiseen liittyvä uudelleen traumatisoitumisen riski. Liian nopeasti etenevä terapiaprosessi voi laukaista traumatisoituneessa vireystilan vaihteluita, mikä voi ilmetä levottomuutena tai lamaantumisenä. Voimakas palaaminen traumakokemuksiin voi aiheuttaa potilaassa shokkitilan ja jopa tajuttomuutta. Kidutuskokemusten läpikäymisen on tapahduttava pienin askelin, kidutuksen uhrin sietämissä määrissä. (Schubert 2017, 148–151.) Hoito- ja tutkimustoimenpiteet voivat laukaista kidutetussa pelkotiloja ja tästä syystä on tärkeää valmistella asiakasta huolellisesti tuleviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin. Potilasta ei saa odottaa odotushuoneessa tai tutkimustilanteissa turhaan, koska tämä voi lisätä ahdistuneisuutta. (Ruuskanen 2007.)

Joissakin maissa lääkärit ja terveydenhoidon ammattilaiset ovat saattaneet osallistua kidutukseen, minkä vuoksi osalla kidutetuista voi olla vaikeuksia luottaa hoitohenkilökuntaan (Amris & C.Williams 2015). Toimenpiteissä käytettävät välineet ja työasut voivat muistuttaa kidutuskokemuksista ja laukaista takaumia aiemmista väkivaltaisuuksista. Hoitotilanteessa traumojen uudelleen nousua voidaan vähentää huolehtimalla rauhallisesta ilmapiiristä. Lisäksi on tärkeää käydä läpi mahdollisten toimenpiteiden vaiheet ja korostaa, että tutkimus- ja hoitotilanteet toteutetaan ainoastaan potilaan suostumuksella. (Amris & C.Williams 2015.) Turhaa riisumista tulisi välttää tutkimuksessa ja suositeltavaa on, että potilas riisuu paljaaksi vain tutkittavan alueen kerrallaan (Kirschner & Peel 2009, 151). Seksuaalisen kidutuksen ja väkivallan kohteeksi joutuneen kohtaamisessa tär-

keintä on turvallisen ilmapiirin luominen. Tieto tapahtuneesta seksuaalisesta väkivallasta saattaa nousta esille muita fyysisiä vammoja tai kipuoireita tutkittaessa. Kidutettu saattaa myös kertoa tapahtumista yleisellä tasolla kuvaillen esimerkiksi, mitä muille ihmisille on tapahtunut. Seksuaalisesta väkivallasta puhuminen yleisellä tasolla voi olla kidutetulle helpompaa kuin omien traumaattisten kokemusten sanoittaminen, mikä on tärkeää huomioida myös kidutetun kohtaamisessa. (Hinshelwood 2009, 173.)

Lisäksi hoitotilanteessa tulee olla läsnä asiakkaan hyväksymä tulkki. Suositeltavaa on, ettei tulkkina toimi perheen jäsen tai muu läheinen, vaan ammattitulkki. (Ruuskanen 2007). Ammattitulkkiä käyttö hoitotilanteissa on tärkeää, ei ainoastaan kielellisten vaan myös kulttuurillisten asioiden kääntämiseksi potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilaalle on tärkeää kertoa, että tulkkiä koskee vaitiolovelvollisuus muun hoitohenkilökunnan tavoin. (Amris & C.Williams 2015.)

Fysioterapeutilta kidutetun kanssa työskentely vaatii herkkyyttä tiedostaa ja tunnistaa potilaan reaktioita sekä tunnetiloja tutkimuksen ja terapian aikana. Kulttuurista ja taustasta riippuen potilaan käsitykset ja tieto fysioterapiasta voivat myös vaihdella. Tästä syystä on tärkeää antaa potilaalle tietoa fysioterapiasta, sen tarkoituksesta ja siihen liittyvistä menetelmistä. Fysioterapeuttinen tutkimus on usein syytä jakaa useammalle tapaamiskerralle. Fysioterapeutin on huomioitava, että kidutuskokemusten takia kaikkia kipua ja epämukavuutta aiheuttavia tutkimus- ja hoitomenetelmiä tulisi välttää. Tutkittavalle on tärkeää korostaa, että hänen tulee ilmaista, jos jokin tutkimukseen liittyvä asia tuntuu pahalta tai epämiellyttävältä. Fysioterapeutin tulee havainnoida myös tutkittavan mahdollisia reaktioita ja ilmeitä tutkimuksen aikana. Potilaan huomioiminen ja terapeutin läsnäolo hoito- ja tutkimustilanteessa toimii pohjana luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisessa. (Hough 1996.)

Kidutettuja työssään kohtaavan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen on tärkeää huolehtia myös omasta hyvinvoinnistaan. Sijaistraumatisoitumisen riski on korkea ammattilaisella, joka kohtaa työssään kidutuksen tai muun väkivaltaisen trauman kohteeksi joutuneita ihmisiä. Sijaistraumatisoitumisen lisäksi voidaan puhua työntekijän myötätuntostressistä tai -uupumuksesta, joka syntyy tilanteissa,

missä työntekijä altistuu toistuvasti emotionaalisesti raskaille tilanteille. Auttamistyöhön liittyy keskeisesti empatiakyvyn ja samaistumisen hyödyntäminen asiakastyössä, minkä vuoksi asiakastapaamisissa nousseet kertomukset, kokemukset ja tilanteet saattavat aiheuttaa psyykkistä stressiä ja kuormitusta. Sijaistraumatisoituminen voi ilmetä ahdistuneisuutena, ärtyneisyytenä, somaattisina oireina, kipuina, keskittymisvaikeuksina, uniongelmina sekä ahdistavina mielikuvina. Sijaistraumatisoitumisen ehkäisyssä keskeistä on hyvä työilmapiiri, missä on mahdollisuus purkaa ja käsitellä asiakastilanteissa nousseita tunteita, kokemuksia ja asioita. (Castaneda ym. 2018, 142.)

7.2 Kidutetun tuki- ja liikuntaelimistön tutkiminen

Tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat ovat yleisiä kidutuksen uhreilla ja ne voivat olla seurausta pahoinpitelyssä syntyneistä vammoista, riiputtamisesta ja muusta asentokidutuksesta, vankeusajan yleisistä olosuhteista kuin myös psyykkisen trauman aiheuttamia somaattisia oireita (Istanbulin pöytäkirja 2015, 102). Tuki- ja liikuntaelimistön vammat ja oireet ovat yleisiä sekä akuuteissa kidutusvammoissa että kroonisessa vaiheessa. Kidutusperäiset tuki- ja liikuntaelimistön vammat akuuttivaiheessa ovat hyvin samankaltaisia verrattuna muihin akuutteihin traumperäisiin vammoihin (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 5).

Kidutuksen uhri pidetään usein vangittuna siihen asti, että akuuttivaiheen vammat ovat parantuneet ja kidutusvammoja tutkittaessa kidutuksesta on usein kulu-
nut kuukausia ja jopa vuosia. Erityisesti, kun kiduttajana toimii valtion tai viranomaisten edustaja, kuten poliisi tai armeija, kidutuksessa pyritään aiheuttamaan mahdollisimman vähän pysyviä ja näkyviä vammoja. (Kirschner & Peel 2009, 150,155.) Tästä syystä tietojen kerääminen kidutuskokemuksista haastattelemalla on keskeisessä roolissa kidutuskokemusten kartoittamisessa (Brogdon, Hermann & McDowell 2003,122). Kidutusvammojen todentamiseen myöhäisessä vaiheessa tarvitaan usein kuvantamistutkimuksia. Nämä ovat kuitenkin kustannuksiltaan kalliita tutkimusmenetelmiä ja useimmissa tapauksissa perusteellisella fysioterapeutin tai fysiatriin tutkimuksella voidaan saada yhtä merkittäviä tuloksia. (Hermann 2003e, 143.)

Kidutetun fyysinen oirekuva voi olla hyvin laaja (Liite 1) ja tästä syystä tuki- ja liikuntaelimestön tutkimiseen on tärkeää varata riittävästi aikaa. Kroonisessa vaiheessa kidutettujen yleisimpiä oireita on tuki- ja liikuntaelimestön kipuoireet. Tyypillistä on paikallinen tai laajemmin levinnyt kipu lihaksissa ja nivelissä, kuten myös lantion ja selän alueen kipuoireet. Lisäksi esiintyy usein neurologisia oireita, kuten tuntoaistin häiriöitä sekä säteilykipua. Tuki- ja liikuntaelimestön tyypillisiä oireita kidutuksen jälkeisessä kroonisessa vaiheessa on kohonnut lihastonius, lihasten kosketusarkuus ja nivelten rajoittunut liikkuvuus erityisesti niskan, hartiatienkaan, alaselän sekä lantion alueella. Jännetulehdukset eli tendiniitit ovat yleisiä erityisesti polvien, nilkkojen sekä olkanivelen ja kyynärvielten alueella. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 14.)

Tyypillisiä kidutuksesta syntyneitä pehmytkudosvaurioita ovat lihasten, nivelkapselien, nivelsiteiden ja ligamenttien vauriot, nivelten sijoiltaan menot ja virheasennot sekä hermojen ja verisuonien vauriot. Ligamentti- ja nivelsidevauriot ovat tyypillisiä kidutuksen seurauksia, kun niveleen kohdistetaan voimakasta venytystä tai kuormitusta, kuten esimerkiksi riipputtamisessa ja asentokidutuksessa. Riippuen ligamenttien ja sidekudosten vaurion tai repeämien voimakkuudesta, vaurioituneissa nivelrakenteissa voidaan havaita eriasteista epästabiiliteettia, nivelten toimintahäiriöitä ja kipua. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 14–17.) Nivelten rajoittunut liikerata voi olla seurausta pitkäkestoisesta lihasjännityksestä, mikä ilmenee tyypillisesti myofaskiaalisina kipupisteinä. Myös sidekudosten rakenteiden heikentynyt elastisuus esimerkiksi kudosten arpeutumisesta aiheutuneiden kontraktuurien myötä voi alentaa nivelten liikkuvuutta. Myös traumaperäiset pehmyt- ja sidekudosten tulehdukset voivat aiheuttaa kipua ja liikkuvuuden alentumista nivelissä. Kidutuksen aikana aiheutettu lihasten voimakas venytys voi aiheuttaa lihasten ja jänteiden osittaisia tai täydellisiä repeämiä, joiden seurauksena kroonisessa vaiheessa voi esiintyä lihasten toimintahäiriöitä. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 14–16.)

Kidutukseen liittyvät murtumat syntyvät usein lyöntien ja tylpällä esineellä aiheutetun trauman seurauksena. Yleisimpiä ovat raajojen sekä kylkiluiden murtumat. Myös selkärangan nikamamurtumia ja välilevyvaurioita on havaittu, mutta systemaattista radiologista tutkimustietoa vaurioiden yhteydestä kidutukseen ei ole.

Kidutustapahtumia ja mahdollisia vammoja kartoitettaessa on tärkeää pyrkiä selvittämään, missä asennossa kidutettu on ollut tapahtumien aikana sekä mitä aseita tai esineitä pahoinpitelyssä on käytetty. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 5, 14–17.)

Tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapeuttisessa tutkimuksessa tulisi arvioida havainnoiden sekä palpoiden lihastonusta, pehmytkudosten rakennetta ja mahdollista arkuutta. Lihastonuksen poikkeavuuksien taustalla voi mekaanisia ja neurologisia syitä, lisäksi psyykinen tila ja oireet voi vaikuttaa lihastonukseen. Lisäksi tulisi tutkia nivelten liikkuvuutta, stabiliteettia ja lihasvoimaa. Jännerefleksien toiminnan ja ihotunnon testaaminen on tärkeää erityisesti neurologisia vammoja epäiltäessä. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 14–16.) Tutkimuksessa tulisi kiinnittää huomioita myös yleisesti kidutetun fyysiseen toimintakykyyn havainnoimalla kävelyä, seisomista sekä istumista. Tämän lisäksi on tarpeellista havainnoida asiakkaan vireystilaa ja psyykkistä vointia, mikä voi ilmetä esimerkiksi fyysisenä levottomuutena tai vetäytyneisyytenä. (Kirschner & Peel 2009, 151.) Fyysisten vammojen lisäksi traumaattisen kokemuksen psyykkiset vaikutukset voivat näkyä kidutetun kehon asennoissa ja liikkeissä. Lisäksi esimerkiksi lihasten jännitystilat voivat olla kehon tiedostamaton, psyykkiseen traumaan liittyvä puolustusreaktio. (Hough 1996.)

Krooninen kipu on hyvin keskeisessä roolissa kidutuksen jälkivaikutuksia kartoitettaessa. Ymmärrys kivun ja kidutuskokemuksen välisestä yhteydestä on vielä kuitenkin monin paikoin riittämätöntä. Kidutetun kohdalla ahdistuneisuus ja muut psyykkiset oireet ovat usein niin vallitsevia, että kipuoireet arvioidaan helposti osaksi traumaperäisten häiriöiden, masennuksen tai muun psyykkisen sairauden oirekuvaa. Tällöin myös fyysisestä vammasta tai tilasta johtuva kipu voi jäädä tunnistamatta ja hoitamatta. (Amris & Williams 2015.)

7.2.1 Ihon tutkiminen

Ihoa tutkittaessa on kiinnitettävä huomioita mahdollisiin jälkiin, kuten arpiin, palovammoihin ja pigmenttimuutoksiin. Jälkiä tutkiessa tulee huomioita niiden sijaintiin, muotoon ja symmetrisyyteen sekä väriin ja pinnan rakenteeseen. (Istanbulin

pöytäkirja 2015, 99.) Kidutettu ei ole aina tietoinen kaikista kidutustapahtumista eikä kehossaan olevista arvista, esimerkiksi selän alueella olevista jäljistä. Tästä syystä on tärkeää tutkia ja etsiä mahdollisia jälkiä kidutuksesta myös niiltä alueilta, mihin asiakkaan kertomuksen mukaan ei ole kohdistunut väkivaltaa. (Kirschner & Peel 2009, 151–152.)

Ruhjeet ja mustelmat ovat yleisiä akuuttivaiheen fyysisiä oireita lyömisen ja tylpällä esineellä aiheutettujen vammojen seurauksena. Ruhjeista jää harvoin pysyviä jälkiä, mutta joissakin ihotyypeissä voi näkyä vuosienkin jälkeen jäännöksiä hyperpigmentoitumisesta eli ihon pigmenttien lisääntymistä alueilla, missä on ollut vakavia ruhjeita. Hiertymät ja hankaumat ovat yleisiä ihon vammoja, jotka syntyvät kidutetun ollessa esimerkiksi sidottuna. Ruhjeiden ja mustelmien tavoin, hiertymistä jäävät pysyvät jäljet ovat harvinaisia. Kidutetuilla, jotka ovat olleet pitkiä aikoja sidottuna ja käsirautoissa, voidaan havaita joissakin tapauksissa rengasmaisia, usein hyperpigmentoituneita jälkiä sitomiskohdan, kuten ranteiden ja nilkkojen ympärillä. Sitomiskohdilla on usein havaittavissa ihokarvojen ja karvatuppien vähentymistä (Kirschner & Peel 2009, 152–153), mistä käytetään myös nimitystä arpeuttava kaljuuntuminen (Istanbulin pöytäkirja 2015, 105).

Tylpällä esineellä lyöminen ja ruoskiminen voi aiheuttaa ihon repeämistä (Istanbulin pöytäkirja 2015, 106). Iho ja pehmytkudokset voivat repeytyä suoraan iskujen seurauksena tai esimerkiksi kidutustilanteessa tapahtuneen kaatumisen yhteydessä. Ihorepeämät ovat tyypillisimpiä luisten maamerkkien alueella, missä iho on kireää ja ihon alainen rasvakudos vähäistä. (Kirschner & Peel 2009, 152.) Kroonisessa vaiheessa repeämisen seurauksena syntyneet arvet ovat yleensä epäsäännöllisen muotoisia. Ruoskimisesta syntyneet arvet ovat puolestaan usein hypertrofisia eli paksuuntuneita ja arpien ympärillä on usein juovamaisia, hyperpigmentoituneita jälkiä. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 106.) Ruoskimisesta syntyneitä jäljet tulee erottaa juovamaisista raskausarvista, joita esiintyy tyypillisesti kainaloiden, selän, vatsan ja reisien alueella. Raskausarvet ovat verrattuna ruoskimisesta syntyneisiin jälkiin symmetrisempiä sekä esiintyvät tiheämpinä rypäinä. Raskausarpien runsas muodostuminen on yleensä seurausta nopeasta

painonmuutoksesta, mikä voi olla kidutuksen uhrin kohdalla seurausta esimerkiksi vankeusajan vähäisestä ja huonosta ravinnosta. (Kirschner & Peel 2009, 154.)

Polttaminen on yleinen näkyviä, pysyviä jälkiä jättävä kidutusmuoto (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 7). Savukkeilla aiheutetuista palovammoista jää tyypillisesti halkaisijaltaan noin 5–10 millimetrin suuruisia, pyöreitä tai soikeita jälkiä. Näille arville on tunnusomaista hyperpigmentoitunut tai hypopigmentoitunut eli vähäpigmenttinen keskus, kun arven ulkoreuna on puolestaan usein hyperpigmentoitunut ja rajoiltaan epäselvä. Kuumilla esineillä aiheutetut palovammat ja niistä aiheutuneet arvet ovat usein atrofisia ja arprien muodossa näkyy useimmiten polttamiseen käytetyn välineen muoto. Kuumilla esineillä aiheutettujen arprien reunat ovat usein selvärajaisia ja hypertrofisia tai -pigmentoituneita. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 106–107.) Jos kidutetun päälle on heitetty syövyttävää ainetta, kuten happoa, iholla voi näkyä muutaman senttimetrin pituisia, lineaarisia arpia. Syövyttävän aineen aiheuttamat arvet ovat usein keskeltä hypopigmentoituneita ja puolestaan arprien reunoilla voi olla havaittavissa hyperpigmentoitumista. Nestemäistä syövyttävää ainetta käytettäessä arprien muodossa ja levinneisyydestä voidaan usein nähdä valuvan nesteen muoto. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 9.)

Toisin kuin polttamisen seurauksena syntyneet jäljet, sähkökidutuksesta syntyneiden jälkien muoto ei korreloi käytetyn esineen muodon kanssa, vaan sähkövirrasta aiheutuneita jälkiä voidaan havaita sen koko vaikutus- ja kulkualueella. Iholla voidaan havaita myös jälkiä alueilla, mihin elektrodit ovat olleet asetettuna. Neulamaisten elektrodien (*picana*) käytöstä sähkökidutuksesta syntyneet arvet ovat usein rypäsmäisiä tai lineaarisia, halkaisijaltaan noin 1–5 mm kokoisia, pinnaltaan punaruskeita jälkiä. Jälkien reunoilla voi olla 1–2 mm leveä, kyhymäinen ja reunoiltaan epäsäännöllinen alue. Elektrodeista syntyneet jäljet häviävät tyypillisesti noin 8 viikossa. Pysyvät jäljet ovat pieniä ja pistemäisiä, punaruskeita tai valkeita arpia. (Amris, Blaauw, Danielsen & Rasmussen 2009, 9–10.)

Kidutuksen yhteydessä viiltohaavoja aiheutetaan yleensä teräaseilla, kuten puukoilla tai veitsillä. Ihoa saatetaan viiltää lasin tai metallin palasille sekä muilla terävillä esineillä. Viiltohaavoista syntyneet jäljet ovat usein selvärajaisia, lineaarisia tai kaarevia arpia. Joissakin Afrikan alueiden kulttuureissa erityisesti kasvojen merkitseminen pienillä arvilla voi olla osa heimotraditiota. Lisäksi osassa Afrikan alueista perinteiset parantajat hoitavat kivuliasta aluetta tekemällä ihoon pieniä, noin 5 mm pituisia yhdensuuntaisia viiltohaavoja, joten on tärkeää huomioida traditionaalisten jälkien erottaminen kidutusjäljistä. (Kirschner & Peel 2009, 153–154.)

Tutkiessa ihosta löytyneitä ihomuutoksia ja arpia on tärkeää kysyä tutkittavalta jälkien alkuperästä, mikä helpottaa kidutusjälkien erottamista aiemmista ja myöhemmistä traumaista, sairauksista ja mahdollisista lääketieteellisistä toimenpiteistä syntyneistä arvista. Jos tutkimuksessa ilmenee jälkien syntyneen trauman peräisesti, on hyvä selvittää jatkokysymyksillä, onko kyseessä ollut onnettomuus, itseaiheutettu tai toisen tahallisesti aiheuttama vamma. Kidutuksen ja väkivallan seurauksena syntyneet jäljet ovat usein epäsymmetrisiä, ne sijaitsevat hajanaisesti ja epätyypillisillä alueilla kehossa. Kidutetun on joskus vaikea kertoa tai muistaa kidutustapahtumia, tarkentavilla kysymyksillä voidaan tukea kidutuksen uhria kertomaan kokemuksistaan ja hahmottamaan tapahtumia. (Kirschner & Peel 2009, 150&153.)

7.2.2 Kasvojen ja pään alueen tutkiminen

Kidutuksen yhteydessä aiheutuneiden pään ja kasvojen alueen vammojen näkyvät merkit voivat kroonisessa vaiheessa olla erilaiset arvet pään ja kasvojen alueella. Lisäksi voidaan havaita kasvoissa murtumien ja rustovaurioiden seurauksena syntyneitä muutoksia, epäsymmetriaa, luiden ja leukanivelten virheasentoja sekä hampaiden vaurioita. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 99.) Jos päähän on kohdistettu lyöntejä ja pahoinpitelijällä on ollut lyödessään suuria sormuksia, näistä voi jäädä selkeitä ja tunnistettavia arpia (Kirschner & Peel 2009, 155–156).

Pään ja kasvojen aluetta tutkiessa on tärkeä havainnoida sekä palpoiden tutkia mahdollisia kasvojen ja kallon luiden sekä pehmytkudosten poikkeavuuksia sekä

mahdollisia krepitaatioita. Kidutuksen aikaista päätraumaa epäiltäessä on hyvä tarkistaa myös hiusten alla olevat mahdolliset vammat, jotka voivat näkyä ja tuntua arpikudoksena sekä esimerkiksi epätasaisuuksina kallon luisissa rakenteissa. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 99.) Kasvojen alueiden arvet ovat yleensä pieniä, ja ne on osattava erottaa esimerkiksi aknen tai muun ihotulehduksen aiheuttamista arvista tai aiemmin kuvatuista heimomerkeistä (Kirschner & Peel 2009, 155).

Krooninen päänsärky ja niskan alueen kipuoireet ovat yleisimpiä oireita kidutetuilla, jotka ovat kokeneet pään alueelle kohdistuvaa väkivaltaa. Usein päävammoja kokeneet kidutuksen uhrin kertovat kärsivänsä toistuvista päänsäryistä sekä kivuista niskan alueella. (Kirschner & Peel 2009, 156.) Pään alueen traumaan liittyy aina aivovamman ja posttraumaattisen epilepsian riski. Toistuvat lyönnit pään alueelle voivat aiheuttaa pysyviä muutoksia aivojen rakenteissa sekä erilaisia neurologisia toimintahäiriöitä. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 92 & 108–109.) Kidutuksen seurauksena syntyneet pysyvät aivovammat ovat harvinaisempi, mutta jos pään alueelle kohdistuneet traumat ovat olleet toistuvia ja niihin on liittynyt tajuttomuutta, kidutetun ohjaaminen tarkempisiin neurologisiin tutkimuksiin voi olla tarpeellista. (Kirschner & Peel 2009, 156.)

7.2.3 Yläraajojen ja hartiarenkaan tutkiminen

Yläraajoja tutkiessa kiinnitetään huomiota mahdollisiin arpiin sekä ihomuutoksiin. Käsivarsissa voi näkyä jälkiä vammoista, jotka ovat syntyneet kidutetun yrittäessä suojata käsillä itseään pahoinpitelyn aikana. Ranteiden ja käsien iho on syytä tutkia erityisesti, jos kidutettu kertoo olleensa vankeuden aikana sidottuna tai käsirautoissa. Hyperpigmentaatio sekä ihokarvojen kasvun vähäisyys ranteiden ympärillä ovat yleisiä seurauksia pitkäaikaisesta sitomisesta. Jos yläraajojen luita on murtunut kidutuksen seurauksena, murtumakohdassa voidaan tuntea palpoiden kovettumia vuosienkin jälkeen vamman syntymisestä. (Kirschner & Peel 2009, 153, 157–158.)

Tutkittavan kertoessa joutuneensa kidutuksessa riiputetuksi, on yläraajojen lihasvoimien testaaminen sekä neurologinen tutkimus tärkeää (Kirschner & Peel 2009, 158). Riiputtamisen jälkeiset tyypilliset oireet kroonisessa vaiheessa on

kipu ja arkuus olkanivelen, olkapään ja lapaluun alueen lihaksissa sekä yläraajojen alueella. Toiminnallisesti esimerkiksi painavien esineiden nostaminen ja erityisesti olkanivelen sisäkiertoa vaativat liikkeet voivat aiheuttaa kipua. Olkanivelen rajoittuneet liikeradat sekä passiivisten liikkeiden kipu ovat tyypillisiä, erityistä olkanivelen ekstensiossa sekä sisärotaatiassa. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 113; Forrest 2009, 164–165.) Riiputtamisen seurauksena voi ilmetä myös yläraajojen lihasheikkoutta ja puutuneisuutta, tunto- ja refleksipuutoksia sekä muita neurologisia oireita. Lisäksi riiputtamisen myöhäisvaiheen oireina voi ilmetä lihasten atrofiaa eli surkastumista sekä olkanivelen lihas- ja jännevaurioita sekä olkanivelen osittainen tai täydellinen luksaatio. Riiputuksen uhreilla lapaluun asennossa saattaa olla havaittavissa siirrotusta (*scapula alata*), joka voi viitata *nervus thoracicus longuksen* vaurioon tai lapaluun virheasentoon. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–112.)

7.2.4 Alaraajojen tutkiminen

Alaraajojen huolellinen tutkiminen on tärkeää erityisesti silloin, jos on tietoa tai epäily, että oireiden taustalla voi olla falanga-kidutusta. Yleinen myöhäisvaiheen oire falangaa kokeneilla on alaraajojen krooninen kipu, mikä provosoituu erityisesti pitkiä matkoja kävellessä tai seisoessa kauan. Usein alaraajojen kipu provosoituu jo muutaman sadan metrin kävelyn aikana, minkä vuoksi pidempien matkojen käveleminen voi olla haastavaa. Kroonisessa vaiheessa yleistä on myös kuormitusperäinen alaraajojen polttava ja kihelmöivä kipu öisin jalkojen, säärien sekä alaraajojen nivelten alueella. (Forrest 2009, 161.)

Falangakidutuksen seurauksena syntyneiden alaraajojen nivelliikkuvuuksien ja toiminnan vauriot voivat ilmetä erilaisina poikkeavuuksina ja häiriöinä kävelyn biomekaniikassa. Lisäksi rappusten kävely, kyykistyminen tai risti-istunnossa istuminen voi olla kivuliasta ja vaikeaa. Jalkapohjien vaurioituneiden rasvatyynyjen seurauksena kävelyssä tapahtuva normaali iskunvaimennus on alentunut. Rasvatyynyjen iskunvaimennusmekanismin puuttuessa, kävellessä tapahtuva kantaisku alustaan voi lisätä luisten rakenteiden kuormitusta ja tätä kautta aiheuttaa kipuoireita myös sääarten, reisien, lonkkien sekä lannerangan alueella. (Forrest 2009, 161.)

Nilkkanivelen sekä jalkapöydän luiden nivelissä voi esiintyä luisten rakenteiden sekä niveliä tukevien lihasten, jänteiden ja kalvorakenteiden vaurioitumisen seurauksena spastisuutta, hypo- ja hypermobiliiteettia sekä nivelen virheasentoja (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110). Falangavammojen kroonisessa vaiheessa manuaalisesti tutkittaessa nilkan ja jalan nivelissä voi esiintyä alentunutta liikkuvuutta. Jalkapohjan alue koko kantakalvon alueelta on usein palpaatioarka, lisäksi jalkapohjan ja kantapään puristaminen sekä varpaiden liikkeet voivat aiheuttaa kipua. Jalkapohjan kalvorakenteissa voi tuntua palpoitaessa epätasaisuutta ja ihossa näkyä arpia, kovettumia sekä pigmenttimuutoksia. Jalkapohjan rasvatyynyjen vauriot ja surkastuminen voi näkyä selkeänä madaltumana kantapään ja päkiän alueella. Rasvatyynyjen surkastuttua tai vaurioituttua merkittävästi, voi kantapäää palpoitaessa tuntea selkeästi kantaluun sekä päkiän luiset rakenteet. (Forrest 2009, 161–62.) Kantakalvo ei välttämättä jännity normaalisti, mitä voidaan testata isovarpaan passiivisella ojennusliikkeellä. Lisäksi tutkittaessa voidaan havaita *m. quadratus plantaris longuksen* kohonnut lihastonius, mikä on usein seurauksena kantakalvon ja muiden jalan sekä kävelyä tukevien rakenteiden vaurioitumisesta. Jalan tukirakenteiden vauriot vaikuttavat kävelyn biomekaniikkaan ja tätä kautta myös merkittävästi fyysiseen toimintakykyyn kävelyn ja liikkumisen ollessa kivuliasta. (Istanbulin pöytäkirja 2015, 110–11.)

Kidutetulla, jonka raajoihin on kohdistettu asentokidutuksen yhteydessä äärimmäistä venyttämistä, kuten cheera-kidutuksessa, voi ilmetä kroonisessa vaiheessa kipua kävellessä. Cheerassa kidutettu on pakotettu alaraajojen äärimmäisen abduktioon eli loitonnukseseen, jonka seurauksena voi ilmetä palpaatioarkuutta lonkan, reisien ja vatsalihasten kiinnityskohdissa ja lihasrungoissa sekä lonkan alentunutta liikkuvuutta abduktiossa. Kyykistyminen, polvistuminen ja risti-istunnossa istuminen saattavat olla asentokidutuksen uhrille mahdotonta. (Forrest 2009, 166.)

7.3 Kidutetun kuntoutus

Kidutuskokemuksilla on laaja vaikutus uhrin elämään ja kuntoutusprosessin tavoitteena onkin tukea kidutettua uuden elämän rakentamisessa traumaattisten

kokemusten jälkeen (IRCT 2020a). Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen ratifioineena maana, Suomi on sitoutunut kidutettujen kuntoutukseen ja veloitettu järjestämään kuntoutusta sekä oleskeluluvan saaneille että turvapaikanhakijana oleskeleville kidutuksen uhreille. Kidutettujen kuntoutuksen tulee olla kokonaisvaltaista ja sisältää fyysisen ja psyykkisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi tarvittaessa sosiaali- ja juridisia palveluita. (Castaneda ym. 2018, 357.) IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Victims) on suurin, kansainvälinen kidutettujen kuntoutukseen ja kidutuksen vastaiseen työhön keskittynyt voittoa tavoittelematon järjestö, jonka verkostoon kuuluu 150 kidutettujen kuntoutuskeskusta yhteensä 75 maassa. IRCT myös rahoittaa ja tukee uusien kuntoutuskeskusten perustamista ja järjestöön kuuluvissa kidutettujen kuntoutuskeskuksissa asioi vuosittain yli 60 000 kuntoutujaa. (IRCT 2020b.)

Fysioterapialla on merkittävä rooli kidutettujen kuntoutuksessa, kivun ja stressioireiden lievittämisessä, toimintahäiriöiden ja kidutuksesta aiheutuneiden fyysisten vammojen hoidossa. Keholliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät voivat olla tärkeitä erityisesti niille kidutuksen uhreille, joilla on vaikeuksia sanoittaa tunteitaan ja kokemuksiaan. Fysioterapiaan liittyvällä fyysisellä kontaktilla ja hoidolla voi olla keskeinen rooli kidutetun mielen ja minäkuvan eheytyemisessä. Kidutettujen kuntoutuksessa fysioterapian keskeinen rooli on tukea kidutetun kehon ja mielen yhteyden palauttamista sekä tarjota kidutetulle keinoja hallita traumaperäisiä oireita rentoutus- ja hengitysharjoitteiden avulla. (Hough 1996.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa ihmistä ja tämän toimintakykyä lähestytään kokonaisvaltaisesti, huomioiden kuntoutujan sen hetkisen elämäntilanteen, tavoitteet sekä käytössä olevia voimavarat. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan hyödyntää traumaperäisten oireiden, masennuksen, ahdistuneisuuden, unihäiriöiden, kroonisen kivun sekä kehonkuvan häiriöiden hoitamisessa. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen sekä vuorovaikutukseen, missä fysioterapeutin rooli on tukea ja kannustaa asiakasta aktiiviseen rooliin omassa kuntoutusprosessissaan. Erilaisia psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat esimerkiksi liike-, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset sekä pehmytkudoskäsittelyt. Erilaisten harjoitusten avulla voidaan tukea kuntoutujan

kykyä vaikuttaa vireystilojen vaihteluun sekä vahvistaa vuorovaikutteisuutta itsensä ja ympäristön kanssa. Keskeinen tavoite psykofyysisessä fysioterapiassa on lisätä kuntoutujan ymmärrystä itsestään ja omasta kehostaan sekä tarjota uusia selviytymistapoja ja toimintamalleja, joiden avulla kuntoutuja voi vaikuttaa ja hallita elämäänsä. (PSYFY 2020.)

Kelan teettämässä tutkimuksessa erilaisista kehotietoisuutta tukevista harjoitteista on ollut hyötyä esimerkiksi kehonkuvan häiriöiden sekä traumaperäisten dissosiaatio-oireiden hoidossa (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 7–8). Basic Body Awareness Therapyn eli BBAT-terapian keskiössä ovat liike, asento ja niiden välinen suhde, vapaan hengityksen ja tietoisuuden lisääminen (Kauranen 2018, 523). Terapiamenetelmää hyödynnetään usein tilanteissa, missä hoidettavan kehotietoisuus ja kehon kuva on häiriintynyt. BBAT-menetelmän avulla on saatu myönteisiä hoitotuloksia esimerkiksi psykoottisten ja psykosomaattisten oireiden sekä unettomuuden hoidossa ja terapialla on pystytty tukemaan potilaan kehotietoisuutta sekä minäpystyvyyden ja omien voimavarojen tiedostamista. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 7–8.) Tanskalaisessa vuonna 2015 toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin BBAT-terapiamenetelmän hyödyntämistä traumatisoituneiden pakolaisten hoidossa (Stade, Skammeritz, Hjortkjaer & Carlsson 2015).

Somaattisten oireiden hoidossa sympaattisen hermoston toiminnan tasapainottamiseen kohdistetusta fysioterapiasta on usein hyötyä (Istanbulin pöytäkirja 2015, 102). Traumatisoituneiden ja kidutettujen pakolaisten kuntoutuksessa hyödynnetään jonkin verran ryhmäterapiaa. Ryhmäterapia tarjoaa mahdollisuuden vertaistuelle sekä lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta, mikä voi olla erittäin merkittävää erityisesti kidutettujen kohdalla. Toisaalta yksilöllisen terapian toteuttaminen ryhmässä on usein haastavaa ja ryhmäterapiassa voi ilmetä esimerkiksi haasteita luottamuksellisen ilmapiirin luomisessa. (Stade, Skammeritz, Hjortkjaer & Carlsson 2015.)

Kidutettujen kuntoutuksen tulisi olla kokonaisvaltaista, huomioiden yksilön elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti. Kuntoutuksessa on myös tärkeää huomioida kidutetun perheenjäsenet ja läheiset ihmiset. Kidutus vaikuttaa uhrin lisäksi usein

laajemmin koko yhteisöön ja yhteiskuntaan, erityisesti silloin, kun kidutusta käytetään systemaattisesti ja yleisesti osana esimerkiksi sota- ja konfliktitilanteita tai yhteiskunnallista sortoa. Joissakin tapauksissa voidaan puhua kokonaisten yhteisöjen traumatisoitumisesta tilanteissa, missä kidutus tai sen uhka on ollut äärimmäisen vallitseva. Kidutuksen uhrien kuntouttamisella voidaan myös osaltaan tukea traumatisoituneiden yhteisöjen eheytymistä. (IRCT 2020a.)

8 Opinnäytetyöprosessi

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö ja konstruktivistinen malli

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja sen lähtökohtia ovat työelämälähtöisyys ja käytännönläheisyys tutkimus- ja kehittämismenetelmiä hyödyntäen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla työelämän toiminnan ohjeistamista ja opastamista esimerkiksi kirjan tai opasvihkosen muodossa. Toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen toiminnallisen opinnäytetyön kohdalla voi tarkoittaa myös esimerkiksi tapahtuman järjestämistä. (Vilkka & Ayraksinen 2003, 9–10.) Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää valmiin tuotoksen sekä kirjallisen raportin kehittämishankkeesta (Salonen 2013, 18–19). Opinnäytetyöprosessissa ja toiminnallisen osuuden kehittämisessä olen hyödyntänyt konstruktivistista mallia (Kuva 2), joka koostuu aloitusvaiheesta, suunnittelusta, esivaiheesta, työstövaiheesta, tarkistusvaiheesta sekä viimeistelystä ja valmiista tuotoksesta (Salonen 2013, 16–19).



Kuva 2. Konstruktivistisen mallin työvaiheet

Aloitusvaihe on opinnäytetyön ideointivaihe, jolloin kartoitetaan työhön liittyvän kehittämistyön tarve, alustava kehittämistehtävä sekä sen toimintaympäristö ja kehittämistehtävään liittyvät toimijat. Aloitusvaihetta seuraavassa suunnitteluvaiheessa toteutetaan opinnäytetyöhön liittyvä kirjallinen tutkimussuunnitelma, jossa ilmenee kehittämistyön tavoitteet ja vaiheet, toimintaympäristö, toimijat, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiomenetelmät. Lisäksi suunnitteluvaiheessa määritellään mahdollisuuksien mukaan käytettävät dokumentointitavat ja niiden käsittely sekä kehittämistyöhön liittyvien toimijoiden tehtävien ja vastuun jako. (Salonen 2013, 17.)

Työstövaiheella tarkoitetaan työn käytännön toteutusta ja toimeenpanoa, jolloin valittuja työskentelymenetelmiä, aineistoja ja dokumentointitapoja hyödynnetään valmiin työn saavuttamiseksi. Tarkistusvaiheeseen kuuluu kehittämistyön arviointi ja tarvittaessa siirtyminen takaisin työstövaiheeseen tai viimeistelyvaiheeseen, missä arvioidaan sekä valmista toiminnallista osuutta että opinnäytetyön kirjallista raporttia. Viimeistelyvaiheessa voidaan hyödyntää kehittämishankkeeseen kuuluvia muita toimijoita sekä ulkopuolisia henkilöitä. Viimeistelyvaiheessa valmis tuotos voidaan esittää esimerkiksi kohderyhmälle. Viimeisenä vaiheena on valmis työ, mihin kuuluu valmiin kehittämistyön esittäminen, levitys ja päättäminen. (Salonen 2013, 17–19.)

8.2 Aloitusvaihe

Aloitusvaihe, kehittämistehtävän ideointi ja kehittämistarpeen arviointi toimivat perustana ja suunnannäyttäjänä opinnäytetyöprosessille. Aloitusvaiheessa tulee pohtia opinnäytetyön aiheen tarkempaa rajausta, toimijoiden osuutta, sitoutuneisuutta ja tukea tulevassa kehittämistehtävässä sekä arvioida käytettävissä olevia resursseja. (Salonen 2013, 17.) Opinnäytetyön aiheen valinnan lähtökohtana toimi oma kiinnostukseni psykofyysistä fysioterapiaa kohtaan ja erityisesti fysioterapian hyödyntämistä psyykkisesti traumatisoituneiden kuntoutuksessa. Fysioterapiaopintojeni alkuvaiheessa osallistuin työharjoittelujakson yhteydessä moniammatilliseen projektiin, jonka tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa kuntouttavaa toimintaa paikallisen vastaanottokeskuksen perheille. Projektin

myötä kiinnostuin fysioterapian merkityksestä ja mahdollisuuksista osana turvapaikanhakijoiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

Syksyllä 2018 osallistuin opinnäytetyön ideaseminaariin ja keväällä 2019 aloin kartoittaa mahdollisia toimeksiantajia opinnäytetyölleni. Toimeksiantajan löytäminen tuntui haastavalta, tiedustelin useammalta turvapaikanhakijoiden parissa työskenteleviltä tahoilta kiinnostuksesta tai tarpeesta lähteä opinnäytetyön toimeksiantajaksi, mutta haasteeksi nousi monien tahojen kohdalla resurssien puute. Syksyllä 2019 hain viimeiselle työharjoittelujaksolleni Diakonissalaitoksen Psykotraumatologian keskuksen ja samalla tiedustelin yksikön kiinnostusta lähteä toimeksiantajaksi opinnäytetyölleni. Ensimmäinen tapaaminen toimeksiantajan kanssa toteutui joulukuussa 2019. Tuolloin keskustelimme työelämänohjaajani kanssa mahdollisista opinnäytetyön aiheista, toimeksiantajan tarpeista kehittämistyölle ja omista lähtökohdistani sekä asettamistani tavoitteista ja toiveistani opinnäytetyölle. Ensimmäisessä tapaamisessa esille nousi useampia aiheita, joiden pohjalta sain ryhtyä itsenäisesti miettimään ja suunnittelemaan opinnäytetyön aihetta, rajausta ja toteutusta omien ammatillisten lähtökohtieni pohjalta.

.

8.3 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa luodaan suunnitelma opinnäytetyölle ja kehittämishankkeelle. Kirjallisen suunnitelman tavoitteena on selvittää opinnäytetyön tavoitteet, kehittämissympäristö ja kehittämistehtävään liittyvät toimijat. Lisäksi suunnitelmassa tulisi mahdollisuuksien mukaan mainita käytettävät toteutus-, tutkimus- ja dokumentointimenetelmistä. Usein suunnitteluvaiheessa ei ole mahdollista suunnitella ja tietää etukäteen, mitkä toimintamenetelmät ovat toimivimpia prosessin kannalta, mutta tästä huolimatta opinnäytetyöprosessin huolellinen suunnittelu on tärkeää. (Salonen 2013, 17.)

Ensimmäisen tapaamisen jälkeen perehdyin aiemmin 2012 toteutettuun opinnäytetyöhön, joka toimi lähtökohtana opinnäytetyöni kehittämistehtävälle. Kidutus il-

miönä ja kidutettujen kuntoutus olivat aloitusvaiheessa itselleni hyvin vieraita aihepiirejä, joten aloitin opinnäytetyön suunnittelun etsimällä tietoa, kirjallisuutta ja tutkimuksia aiheesta. Lisäksi otin selvää, millaisia aiheeseen liittyviä muita opinnäytetöitä Suomessa oli toteutettu. Tammikuussa 2020 aloitin fysioterapiaopintojen käytännönharjoittelujakson Psykotraumatologian keskuksen Sotatraumatisoituneiden kuntoutuksessa, jonka aikana kävimme useita keskusteluja työelämänohjaajani kanssa opinnäytetyön aiheen rajaamisesta. Keskeiseksi suunnitteluvaiheen haasteeksi nousi, kuinka yhdistää aihe luontevasta fysioterapian opintoihini ja minkä laajuinen työ olisi toteutettavissa käytettävissä olevan ajan ja resurssien puitteissa. Koska aiemmin valmistuneen opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli valmis tietopaketti kidutuksen fyysisistä seurauksista, oli vuonna 2012 jäänyt toteutumatta, päätimme yhdessä toimeksiantajan kanssa, että toteutan opinnäytetyöni kehittämistehtävänä aiemman 2012 julkaistun opinnäytetyön pohjalta.

Suunnitteluvaiheessa sovimme toimeksiantajan kanssa ohjaukseen ja opinnäytetöprosessiin liittyviä käytännön asioita. Alusta asti työnkuvani opinnäytetyön suhteen oli sovitusti hyvin itsenäistä ja sain vapauden suunnitella opinnäytetyön sisältöä ja toteutustapaa hyvin vapaasti. Käytännön harjoittelun aloittaminen opinnäytetyöprosessin aloitusvaiheessa auttoi hahmottamaan fysioterapian osuutta kidutettujen kuntoutuksessa. Koska asiakasryhmä ja aihealue olivat itsellenikin uusia, pystyin käytännön työn kautta sisäistämään, millaisia asioita opinnäytetyössä ja valmiissa oppaassa olisi tärkeää nostaa esille.

Suunnittelun alkuvaiheessa opinnäytetyön aiheen rajauksen paino piste oli kidutuksesta aiheutuneiden fyysisten vammojen tunnistamisessa. Käytännön harjoittelun myötä ymmärsin, kuinka laajat yhteydet kidutukseen liittyvällä psyykkisellä traumalla on erilaisiin fyysisiin oireisiin ja toimintakykyyn, jonka myötä halusin laajentaa opinnäytetyönaihetta fyysisistä kidutusvammoista kokonaisvaltaisen kidutustrauaman tunnistamiseen. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa minulla oli mahdollisuus työharjoitteluni ohessa aktiivisesti ja säännöllisesti keskustella työn aiheen rajaamisesta ja toteutuksesta työelämänohjaajani kanssa. Suunnitteluvaiheessa toteutettu opinnäytetyön tutkimussuunnitelma palautettiin ja hyväksyttiin helmikuussa 2020.

8.4 Esivaihe

Hyväksytyt tutkimussuunnitelman jälkeen seuraa esivaihe, minkä aikana opinäytetyön tekijät siirtyvät kehittämissympäristöön, missä varsinainen kehittämistyö tapahtuu (Salonen 2013, 17–19). Aloitin tietoperustaan tarvittavan aineiston keräämisen tammikuussa 2020. Hyödynsin kirjallisuuden, tutkimustiedon sekä muun aineiston kartoittamiseen kirjaston aineistohakua, internet-hakua sekä sosiaali- ja terveysalan EBSCO-, PubMed- ja PEDro-tietokantoja. Aineiston keräämisessä käytin muun muassa hakusanoja: kidutus, torture, falanga, trauma, dissociation, conversion disorder, motor dissociation, ptsd, complex ptsd, rehabilitation of torture survivors, posture torture, hanging torture, palestinian hanging ja electric torture. Aloitin tietoperustan suunnittelun perehtymällä YK:n julkaisemaan Istanbulin pöytäkirjaan, joka on kansainvälinen ohjekirja kidutuksen psyykkisten ja fyysisten vammojen tutkimiseksi ja dokumentoinniksi. Hyödynsin Istanbulin pöytäkirjaa tietoperustan rungon ja rakenteen suunnittelussa sekä tämän avulla kartoitin keskeisiä aiheeseen liittyviä ilmiöitä ja käsitteitä, joiden avulla pystyin hakemaan lisää tietoa eri tietokannoista.

Tutkimustietoa, julkaisuja ja artikkeleita kidutuksen akuuttivaiheen vammoista ja kidutusjälkien dokumentoinnista löytyi kohtuullisesti. Puolestaan kidutuksen vaikutuksista uhrin terveyteen ja toimintakykyyn myöhemmässä vaiheessa sekä tietoa kidutettujen kuntoutusmenetelmistä löytyi melko vähän. Etsiessäni tietoa kidutusmenetelmistä sekä kidutuksen fyysisistä vammoista hyödynsin eri tieteenalojen julkaisuja ja tutkimuksia, saadakseni mahdollisimman laajan ymmärryksen kidutuksesta ilmiönä sekä sen vaikutuksista kidutuksen uhrin terveyteen ja toimintakykyyn. Kidutuksen akuuttivaiheen fyysisistä vammoista ja niiden tunnistamisesta oli löydettävissä aineistoa enemmän kuin kroonisessa vaiheessa ilmenevistä oireista ja toimintakyvyn häiriöistä. Suurimmalla osalla Suomessa oleskelevien kidutuksen uhrien kidutuskokemuksista on kulunut vuosia, joten kroonisen vaiheen oireet, näkyvät fyysiset merkit ja toimintakyvyn häiriöt ovat akuuttivaiheen vammoja keskeisemmässä osassa kidutustrauman tunnistamisessa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Suomessa kidutusta käsittelevää kirjallisuutta on saatavilla hyvin niukasti, kuten myös psyykkistä traumaa ja trauman kehollisuutta käsittelevää kirjallisuutta, jotka

olivat keskeinen lähestymisnäkökulma opinnäytetyössäni. Jonotusajat keskeisiin kirjallisiin teoksiin olivat suurimmaksi osin niin pitkiä, ettei teoksia ollut mahdollista saada lainatuksi lainkaan opinnäytetyöprosessin aikana. Tästä syystä suurin osa käytetyistä lähteistä ovat sähköisistä tietokannoista. Joitakin lähde teoksia jouduin tilaamaan ulkomailta, koska Suomessa vastaavia julkaisuja ei ollut saatavilla. Hyödynsin tietoperustan lähdemateriaalin keräämisessä myös toimeksiantajan asiantuntijuutta sekä käytännön harjoittelujaksollani kerryttämäni suullista tietoa. Tietoperustaan tarvittavan lähdemateriaalin ja aineiston löytäminen oli ajoittain erittäin haastavaa, joistakin kidutusmenetelmistä ja niiden vaikutuksista löytyi huomattavasti enemmän aineistoa ja tutkimustietoa verrattuna muihin, jonka vuoksi kaikkia osa-alueita ei ollut mahdollista käsitellä tietoperustassa yhtä perusteellisesti.

8.5 Työstövaihe

Työstövaiheella tarkoitetaan opinnäytetyön käytännön toteutusta ja toimeenpanoa, mikä on kehittämisprosessin aktiivisin vaihe. Työstövaihe sisältää tutkimus- ja kehittämismenetelmien valitsemisen, materiaalin, tiedon ja tarvittavan aineiston keräämisen sekä dokumentointimenetelmien käyttöönoton. (Salonen 2013, 17–19.) Tietoperustan ensimmäinen versio valmistui kesäkuussa 2020, jonka pohjalta lähdin suunnittelemaan toiminnallisen osuuden eli oppaan rakennetta ja sisältöä. Aloitin oppaan toteuttamisen sisällysluettelon ja rakenteen hahmotteilla. Kirjoitin tämän jälkeen tietoperustan pohjalta tiivistelmän oppaan sisällön pohjaksi, mikä auttoi työn rakenteen muotoilemisessa. Työhön liittyvä tietoperusta on melko laaja ja tiivistelmän myötä pyrin nostamaan valmiiseen oppaan keskeiset ja yleisimmät tiedot aiheesta. Keskeisenä lähtökohtana oppaan sisältö toteuttaessa oli ajatus siitä, että oppaan käyttäjällä ei ole lainkaan tai hyvin vähän tietoa kidutuksesta ja siihen liittyviä ilmiöistä. Tästä syystä opas on pyritty pitämään selkeänä ja tiiviinä yleisoppaana aiheesta.

Ensimmäinen versio oppaasta oli tekstiversio, joka valmistui heinäkuussa 2020. Ensimmäinen versio oli sisällöltään melko laaja ja yksityiskohtainen, minkä vuoksi opas tuntui raskaslukuiselta. Tämän myötä päädyin selkeyttämään ja tii-

vistämään oppaan asiasisältöä entisestään. Tietoperusta on sisällöltään ja aiheeltaan laaja, minkä vuoksi työstövaiheessa oppaan asiasisällön rajaaminen ja tekstin tiivistäminen vei paljon aikaa. Koska opas on suunnattu fysioterapeuteille ja muille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille koin haastavaksi, kuinka tiivistää tietoperustaan koottu tieto siten, että oppaan sisältö on tiivistä ja selkeää, mutta silti riittävän informatiivista ja ammatillisesti laadukasta. Työstövaiheessa toteutin myös oppaaseen alustavaa visuaalista ja graafista ilmettä, mihin tehdään tarvittaessa muutoksia myöhemmin toimeksiantajan puolesta. Pyrin visuaalisilla elementeillä ja grafiikalla selkeyttämään oppaan sisältöä ja helpottamaan sen käytettävyyttä. Työstövaihe oli selkeästi haasteellisin ja vaativin kehittämisprosessin vaihe, jolloin keskeiseksi nousi toimeksiantajan kanssa käydyt ohjauskeskustelut oppaan toteuttamisesta.

Kidutuksen kaltaisten traumaattisten kokemusten kuuleminen ja kohtaaminen voi herättää työntekijässä ahdistusta sekä joskus myös halua kieltää tai vältellä aiheesta puhumista omien tunnereaktioiden välttämiseksi (Castaneda ym. 2018, 3). Tästä syystä halusin toteuttaa valmiin oppaan visuaalisesti sekä sisällöllisesti aiheen kuormittavuuden puitteissa mahdollisimman neutraalina ja helposti lähestyttävänä. Pyrin sekä tietoperustaa että oppaan tekstiä kirjoittaessani ammatilliseen ilmaisuun ja välttämään kidutukseen liittyvää turhan graafista kuvailua. Toimeksiannon alkuvaiheessa tarkoituksena oli, että tuotoksessa olisi pystytty hyödyntämään ulkomaalaisen julkaisun kuvia oppaan kuvituksessa. Tämä ei kuitenkaan onnistunut suunnitellusti, joten tarvittavat visuaaliset elementit toteutettiin grafiikalla. Oppaan tavoitteena on tarjota yleistä tietoa kidutustrauman tunnistamiseksi, eikä esimerkiksi erilaisten kidutusmenetelmien yksityiskohtaisen tai visuaalinen kuvaus ollut mielestäni tarpeellista. Oppaassa on pyritty hyödyntämään kuvien sijasta grafiikkaa keventämään ja selkeyttämään tekstipainotteista opasta sekä helpottamaan käytettävyyttä

8.6 Tarkistusvaihe

Tarkistusvaiheen määrittäminen konstruktiivisen mallin itsenäiseksi vaiheeksi on tietystä määrin keinotekoinen, koska prosessin kaikki vaiheen sisältävät tehdyn työn tarkastelusta. Tarkistamisen myötä kehittämisprosessissa palataan

tarvittaessa aikaisempiin työvaiheisiin ja tai jatketaan eteenpäin seuraaviin vaiheisiin ja lopulta viimeistelyvaiheeseen. (Salonen 2013, 18.)

Toinen versio valmistui elokuun alussa 2020, jolloin lähetin oppaan tarkastettavaksi toimeksiantajalle. Tuolloin oppaan sisältö käsitteli kidutustraumaa enemmän yleisellä tasolla ja toimeksiantaja toivoi täydennystä erityisesti kidutustrauman psykofyysisten oireiden ja niiden tunnistamisen osalta. Toimeksiantajan palautteen perusteella täydensin sekä tietoperustaa että valmista opasta tarvittavilla tiedoilla. Täydennysten myötä oppaan rakenne muotoutui selkeämmäksi ja sain asiasisällön rajaamiseen selkeämmät ohjeet, mikä helpotti oppaan jatko-työstämistä merkittävästi.

Kolmas versio oppaasta valmistui elokuun lopussa 2020, jonka toimitin ensin toimeksiantajan luettavaksi ja tarkastettavaksi. Tarkistusvaiheessa opas lähetettiin lisäksi kahdelle fysioterapeutille ja yhdelle fysioterapeuttiopiskelijalle, liitteenä lähetettiin palautekyselylomake oppaan käyttökokemuksista (Liite 2). Kyselylomakkeella kartoitettiin oppaan käytettävyyttä, asiasisällön selkeyttä ja tarkoituksenmukaisuutta sekä käyttäjien toiveita ja kehittämideoita lopullisen graafisen ja visuaalisen ilmeen toteutuksesta. Käyttäjäpalaute oppaasta oli valtaosin myönteistä, ja palautteessa nousi esille seuraavanlaisia kommentteja:

”Opas on sisällöltään sopiva sellaiselle sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle, jolla ei ole aiempaa tietoa/kokemusta aiheesta.”

”En ole aiemmin kohdannut ko. asiakkaita, mutta varmasti oppaasta on hyötyä tulevaisuudessa pakolaistaustaisia asiakkaita kohdatessani.”

”Oppaan visuaaliset taulukot ja muistilaput olivat toimivia yhteenvetoja, joihin voi palata nopeasti tarvittaessa”

Positiivista palautetta tuli oppaan sisällön selkeydestä ja tekstiosuuksien pituudesta. Viimeinen kidutetun hoito- ja kuntoutusmenetelmiä sisältävään lukuun kaviattiin täydennystä. Oppaan visuaalinen ilme koettiin kyselyn mukaan selkeäksi

ja graafiset elementit tukivat kyselyyn vastanneiden mukaan oppaan käytettävyyttä.

Tarkistusvaiheessa oppaan sisältö rakentui yhdeksän pääotsikon alle ja pyrin pitämään osiot 1–3 sivun mittaisina. Tarkistusvaiheessa saadun käyttäjäpalautteen myötä päätin jättää viimeisen kidutettujen hoito- ja kuntoutusmenetelmiä käsittelevän luvun kokonaan pois oppaasta. Oppaan keskeinen tarkoitus on tarjota tietoa kidutustrauman tunnistamisesta ja hoito- ja kuntoutusmenetelmiä käsittelevä luku tuntui muuhun asiasisältöön verrattuna irralliselta eikä sisällöllisesti tarpeeksi informatiiviselta. Tarkistusvaiheessa tehdyillä korjauksilla ja täydennyksillä pyrin selkeyttämään, tiivistämään ja jäsentelemään oppaan tekstiä loogisesti eteneväksi ja sisällöltään tasapainoiseksi kokonaisuudeksi.

8.7 Viimeistelyvaihe ja valmis opas

Viimeistelyvaihe sisältää toiminnallisen opinnäytetyön valmiin tuotoksen viimeistelyn sekä mahdollisesti tuotoksen esittelyn käyttäjäryhmälle. Lisäksi viimeistelyvaiheeseen kuuluu opinnäytetyön kirjallisen raportin viimeistely. Tämä vaiheeseen tulisi varata tästä syystä riittävästi aikaa. (Salonen 2013, 18.) Ajallisesti opinnäytetyön viimeistelyyn käytettävä aika jäi lyhyeksi. Viimeistelyvaiheessa tarkistin ja tein tarvittavat muutokset oppaan tekstiosioihin ja muokkasin oppaan värimaailmaa ja visuaalista ilmettä yhtenäisemmäksi. Lisäksi tein tarvittavia korjauksia ja täydennyksiä opinnäytetyön tietoperustaan sekä opinnäytetyöprosessin kirjalliseen raporttiin. Viimeistelyvaiheeseen käytettävä aika oli hyvin lyhyt ja vaati jatkuvaa, aktiivista työskentelyä työn parissa.

Valmiin oppaan ensimmäinen versio valmistui elokuun lopulla. Tuolloin oppaaseen oli tehty tarvittavat toimeksiantajan pyytämät muutokset sekä palautekyselyn pohjalta tehdyt täydennykset ja korjaukset. Viimeinen ohjauskeskustelu opinnäytetyön osalta toteutui syyskuussa, jonka pohjalta tein viimeisiä korjauksia sekä opinnäytetyön raporttiin että valmiiseen oppaaseen. Viimeistelyvaiheessa täydensin opasta lisäämällä fysioterapeuttista tutkimista tarkemmin käsittelevän luvun sekä muokkasin oppaan graafista ilmettä toimeksiantajaorganisaation

graafisten ohjeistuksien mukaisesti. Hyödynsin lopullisen oppaan visuaalisen ilmeen toteutuksessa Diakonissalaitoksen graafisia elementtejä ja osan kuvituksista toteutin itse digitaalisesti. Valmis työ toimitettiin toimeksiantajalle lokakuussa 2020. Lopullinen opas julkaistaan maaliskuussa 2021 Sotatraumatisoituneiden kuntoutushankkeen päätösseminaarissa, jolloin se on valtakunnallisesti fysioterapeuttien sekä muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käytettävissä.

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen tarkastelu

Kidutustrauman tunnistamiseen liittyy haasteita ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla ei ole usein riittävästi tietoa kidutuksesta ja sen fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista uhrin terveyteen (Castaneda ym. 2018, 356–357). Kidutuksen uhrin voivat ohjautua fysioterapeutin tai terveydenhoitoalan ammattilaisten vastaanotolle erilaisten fyysisten oireiden, kuten tuki- ja liikuntaelimistön toimintahäiriöihin ja erilaisten kipuoireiden vuoksi. Kidutustrauman tunnistaminen vaatii ymmärrystä käytetyistä kidutusmenetelmistä, kidutuksen aiheuttamista fyysisistä vammoista sekä niiden vaikutuksesta toimintakykyyn. Lisäksi kidutustrauman tunnistamisessa on keskeistä ymmärtää ja tunnistaa psyykkiseen traumaan liittyviä fysiologisia reaktioita, somaattisia oireita ja toimintakyvyn häiriöitä.

Kidutuksen uhrin eivät usein pysty tai uskalla kertoa kokemuksistaan, traumaattisiin kokemuksiin voi liittyä dissosiativista muistinmenetystä, jolloin terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla tietoa ja työkaluja kidutustrauman kehollisten ja ei-sanallisten oireiden tunnistamiseksi, jotta kidutuksen uhri voidaan tarvittaessa ohjata tarvittavan ja oikeanlaisen hoidon piiriin. Opinnäytetyön toimeksiannon taustalla ja lähtökohtana toimivat tarve ja halu tarjota tietoa kidutuksesta, sen aiheuttamista vammoista sekä kidutustrauman tunnistamisesta. Opinnäytetyössä kidutustraumaa on pyritty lähestymään fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin näkökulmasta ja tietoperustassa sekä valmiissa oppaassa kidutustraumaa pyritään tarkastelemaan psykofyysisestä näkökulmasta. Oppaan kohderyhmänä on

ensisijaisesti fysioterapeutit, mutta tuotos on suunniteltu siten, että se on helposti myös muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten hyödynnettävissä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä ja helppokäyttöinen sähköinen tietopaketti toimeksiantajan verkkosivuille sekä koulutusmateriaaliksi. Opinnäytetyön prosessi sisälsi tietoperustan kirjoittamisen sekä tämän pohjalta luodun asiasisällön luominen oppaaseen. Oppaan taiton ja visuaalisen ilmeen toteutin osana opinnäytetyöprosessia. Toimeksiannon ensisijainen toive oli sähköinen julkaisu, mutta opas on suunniteltu toimimaan myös tulostettuna versiona. Valmiin oppaan asiasisältö on huomattavasti tiivistetymppää verrattuna tietoperustaan. Oppaan sisällön ja tekstin pyrin rajaamaan siten, että se käsittää keskeisimmät ja yleisimmät kidutustraumaan liittyvät ilmiöt. Ajatuksena oli myös, että oppaassa esitellään keskeiset käsitteet ja asiat, joiden pohjalta oppaan käyttäjän on mahdollista hakea lisää tietoa esimerkiksi tietoperustasta tai muista lähteistä. Oppaan käytettävyyden ja selkeyden vuoksi pyrin toteuttamaan tekstiosuuksiltaan tiiviin, mutta silti kattavan tietopaketin.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa kävin useita keskusteluja aiheesta ja siihen liittyvistä ilmiöistä työelämänohjaajani kanssa. Jälkeenpäin koin virheeksi sen, etten dokumentoinut kyseisiä keskusteluja tarkemmin, jotta olisin voinut hyödyntää ohjaajalta saamaani suullista tietoa tietoperustan täydentämisessä. Jatkossa hyödyntäisin kehittämisprosessissa ehdottomasti enemmän kidutettujen kanssa työskentelevien asiantuntijoiden sekä Sotatraumatisoituneiden kuntoutuksen työryhmän haastatteluja.

Opinnäytetyöprosessin aikataulu oli tiivis kehittämistehtävän laajuuteen nähden. Koen, että huolellisempi aikataulun suunnittelu sekä käytettävissä olevien resursien realistisempi kartoittaminen olisi ollut kehittämisprosessin kannalta hyödyllinen asia. Opinnäytetyön suunnitteluvaihe ja tietoperustan kokoaminen veivät suunniteltua enemmän aikaa ja lisäksi Covid19-pandemian tuomat lisähaasteet vaikeuttivat merkittävästi opinnäytetyön työstämistä huhti-toukokuussa, minkä vuoksi konkreettisen tuotoksen eli oppaan toteutukselle jäi prosessissa suhteessa vähemmän aikaa. Opinnäytetyön työstövaihe sijoittui kesä-heinäkuulle

2020, jolloin toimeksiantajan sekä oppilaitoksen kesälomien vuoksi mahdollisuudet saada ohjausta ja palautetta prosessin eri vaiheessa oli vähäistä.

Toteutin opinnäytetyöprosessin yksin ja suurimmaksi osaksi itsenäisesti työskennellen, joten mahdollisuuksia aktiiviselle reflektiolle ja keskustelulle kehittämissuhteissa ei ollut samalla tavalla kuin työparin kanssa toteutettavassa opinnäytetyössä. Annoin opinnäytetyöprosessin aikana tietoperustan ja opinnäytetyöraportin säännöllisesti luettavaksi saadakseni ulkopuolista näkökulmaa työn sisällöstä ja luettavuudesta. Eri vaiheissa saatu palaute ja kommentit auttoivat tarkastelemaan omaa työtä ja tekstiä kriittisesti sekä selkeyttämään tietoperustan sisältöä ja rakennetta opinnäyteprosessin aikana.

Opinnäytetyön työstäminen oli ammatillisesti antoisaa, mutta myös haastavaa. Tietoperustassa käytettyjen aineistojen lukeminen oli usein raskasta aiheen luonteen vuoksi. Erilaisiin kidutusmenetelmiin perehtyminen, kidutuksen uhrien kokemusten sekä erilaisten kuva- ja videomateriaalin läpi käyminen oli ajoittain henkisesti kuormittavaa. Pyrin läpi opinnäytetyöprosessin pitämään työskentelyajat riittävän lyhyinä sekä reflektoimaan tarvittaessa prosessissa nousevia tuntemuksia ja ajatuksia ulkopuolisten kanssa. Erilaisten kuvamateriaalien aiheuttamien omien reaktioideni myötä pohdin myös valmiin oppaan visuaalista toteuttamista, kuten sitä, onko oppaassa tarpeellista olla kuvia eri kidutusmenetelmistä vai riittäisikö pelkkä kirjallinen kuvaus.

Työn määrä opinnäytetyöprosessissa oli suurempi, kuin mihin olin osannut varautua. Tietoperustaa kirjoittaessa laajensin aiheen rajausta fyysisten kidutusvammojen tunnistamisesta kokonaisvaltaisen kidutustrauman tunnistamiseen, minkä seurauksena työmäärä kasvoi siitä, mihin olin valmistautunut prosessin suunnitteluvaiheessa. Työn aiheen laajentaminen oli kuitenkin mielekäs valinta, koska koin pystyväni näin tuottamaan paremmin toimeksiantajan tarpeiden mukaisen tuotoksen. Harjoittelujaksollani Sotatraumatisoituneiden kuntoutusprojektissa käytännön työskentely osoitti, kuinka kidutustrauma on harvoin vain fyysisiä vammoja, vaan psyykkisen trauman vaikutukset kidutuksen uhrissa voivat ilmetä fyysisten oireiden lisäksi hyvin moninaisina psyykkisinä ja psykosomaattisina oireina, joiden tiedostaminen on keskeistä kidutustrauman tunnistamisessa.

Tästä syystä koin tärkeäksi käsitellä opinnäytetyössä myös kidutukseen liittyvää psyykkistä traumaa ja sen ilmenemismuotoja.

Ensimmäinen valmis versio oppaasta esiteltiin opinnäytetyön tarkistusvaiheessa kahdelle fysioterapeutille ja yhdelle fysioterapeuttiopiskelijalle ja palautekyselyn avulla kartoitin oppaan toimivuutta ja hyödynnettävyyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä. Oppaasta saatu palaute oli positiivista ja palautteeseen vastanneiden mukaan tietopaketti tarjosi paljon uutta tietoa, mitä on mahdollista hyödyntää omassa työssä pakolaistaustaisia maahanmuuttajia kohdatessa, joten tältä osin koen onnistuneeni opinnäytetyöni tavoitteessa. Toimeksiantajalta saatu palaute opinnäytetyön tietoperustasta sekä valmiista oppaasta oli positiivista, ja valmis tuotos vastasi toimeksiantajan tarpeita. Olen tyytyväinen oppaan lopulliseen versioon ja olen kokenut opinnäytetyöprosessin erittäin antoisaksi ja merkitykselliseksi kokemukseksi.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa on noudatettu Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia sekä hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Tietoperusta on koottu lähdekritiikkiä noudattaen ja raportoinnissa on noudatettu tieteellisen kirjoittamisen käytäntöjä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020) ja lähdeviitteet ilmoitettu Karelia-ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti (Karelia-ammattikorkeakoulu & Opinnäytetyöryhmä 2018). Opinnäytetyön valmiiseen tuotokseen on myös listattu asiasisällön tuottamisessa hyödynnetyt lähteet ja tekijät. Kehittämisprosessin eri työvaiheet ja käytetyt menetelmät on raportoitu kirjallisesti opinnäytetyön raportissa Karelia-ammattikorkeakoulun ohjeistusten mukaisesti. Pyrin hyödyntämään lähdeaineistona mahdollisimman tuoreita tutkimuksia sekä artikkeleita, ja varmistin tietoperustaan koottujen tietojen luotettavuutta tarkistamalla tiedot useista eri lähteistä.

Fysioterapeutin eettisten ohjeiden mukaan fysioterapeutin tulee ammatissaan kunnioittaa asiakkaan ihmisarvoa ja kohdata jokainen asiakas tasavertaisesti riip-

pumatta tämän kansallisuudesta, etnisestä, poliittisesta tai seksuaalisesta taustastaan. Fysioterapeutti toimii terveydenhuollon ammattilaisena, jonka tehtävänä on asiakkaan terveyden, liikkumisen ja fyysisen toimintakyvyn edistäminen erilaisissa elämäntilanteissa. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet kannustavat moniammatillisuuteen ja yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistumista oman alansa asiantuntijuuden puitteissa. (Suomen Fysioterapeutit 2014.) Fysioterapeutin eettiset ohjeistuksia on huomioitu ja noudatettu läpi opinnäytetyöprosessin.

Vuonna 1984 laaditun Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimuksen allekirjoittaneilla mailla on velvoite järjestää kuntoutusta sotarikoksien sekä kidutuksen uhreille. Kidutuksen näkyväksi tekeminen on myös osa kidutuksen vastaista sekä kansallista että kansainvälistä työtä ja tässä terveydenhoitoalan ammattilaisilla on maasta riippumatta mahdollisuus ja myös velvoite toimia. (Amris & Williams 2015.) Kidutettujen kuntoutus voidaan nähdä kuntoutustyön ohella myös yhteiskunnallisena toimintana, jonka tavoitteena on ehkäistä ihmisoikeusrikkosten toteutumista ja puolustaa niiden uhreiksi joutuneita (IRCT 2020a). Kansainväliset velvoitteet ja ohjeistukset kidutettujen asianmukaisen avun sekä hoidon- ja kuntoutuksen saavuttamiseksi ovat toimineet myös tämän opinnäytetyön lähtökohtina.

Opinnäytetyön aiheen valinnassa on huomioitu fysioterapeuttisen ja terveydenhoidollisen näkökulman lisäksi myös opinnäytetyön yhteiskunnallinen näkökulma. Kidutus on vakava ihmisoikeusrikkos, jonka vaikutuksesta ulottuvat kidutuksen uhrin lisäksi aina tämän läheisiin ihmisiin, yhteisöihin ja ympäröivään yhteiskuntaan. Lisäksi hoitamattomien kidutustraumojen taakka voi siirtyä seuraavien sukupolvien kannettavaksi, mikä voi lisätä erilaisten mielenterveyshäiriöiden ja sosiaalisten ongelmien riskiä. Väkivaltaisen radikalisoituminen taustalla on usein hoitamattomia traumaattisia kokemuksia (Diakonissalaitos 6/2020), joten kidutustraumojen tunnistamisella ja oikeanlaisilla hoito- ja kuntoutusmenetelmillä voidaan katsoa olevan myös yhteiskunnallista merkitystä.

9.3 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Koin opinnäytetyöprosessin ammatillisen kasvun kannalta monin tavoin merkittäväksi. Toiminnallisen opinnäytetyön myötä koen omaksuneeni kehittämisprosessiin liittyviä käytänteitä ja toimintamalleja. Kehittämisprosessin myötä koen saaneeni työkaluja ja taitoja, joita voin hyödyntää ammatillisesti tulevaisuudessa. Opinnäytetyöprosessin aikana koettujen onnistumisten ja haasteiden myötä koen pystyväni tulevaisuudessa suunnittelemaan ja arvioimaan kehittämisprosessin vaatimia resursseja paremmin erilaisissa projekteissa. Tiedonhaun taidot ja menetelmät kehittyivät tietoperustan työstämisen myötä ja koen oppineeni opinnäytetyöprosessin myötä käyttämään monipuolisesti eri tietokantoja sekä arvioimaan kriittisesti käytettävien lähteiden luotettavuutta.

Tietoperustan kokoamisen myötä olen kehittänyt ammatillista osaamistani ja ymmärrystä kidutuksesta ilmiönä, sen aiheuttamista fyysisistä vammoista akuutti- ja kroonisessa vaiheessa sekä niihin liittyvistä toimintakyvynhäiriöistä. Olen tietoperustassa syventänyt tietojani psyykkisen trauman kompleksisuudesta ja sen erilaisista kehollisista ilmenemismuodoista. Koen opinnäytetyöprosessin myötä saaneeni ammatillisia valmiuksia tunnistaa kidutustraumaan liittyviä psykofyysisiä oireita sekä taitoja kohdata työssäni kidutuksen uhreja.

Sijaistraumatisoitumisen riski on kidutettujen kanssa työskentelevillä korkea ja tämän asian tiedostaminen oli myös tärkeää opinnäytetyöprosessin aikana. Koin haastavaksi, ettei minulla ollut työparia tai mahdollisuutta aina keskustella prosessin myötä nousseista kokemuksista ja tunteista. Usein huomasin myös, että tietoisesti välttelin altistamasta muita ihmisiä järkyttävillä asioilla, joita jouduin kohtaamaan tietoperustaa kootessani. Varsinkin kuvamateriaali, jota jouduin käymään läpi opinnäytetyöprosessin aikana, herätti voimakkaita tunnereaktioita ja jäivät usein mietityttämään. Aiheen raskauden vuoksi opinnäytetyön työstäminen pitkiä aikoja kerrallaan oli haastavaa ja pyrinkin pitämään huolen siitä, että työskentelyajat pysyvät kohtuullisina ja että palautumisaikaa työskentelyn lomassa oli riittävästi. Pyrin tarkastelemaan prosessin aikana itsessäni tapahtuvia reaktioita ja huolehdin, että käsittelen työskentelyssä nousseita tunteita ja ajatuksia tietoisesti. Lisäksi hyödynsin erilaisia kehollisia menetelmiä, kuten rentoutus- ja maa-

doittamisharjoituksia tunnereaktioiden käsittelyssä. Koen sijaistraumatisoitumisen riskin tiedostamisen auttaneen kehittymistä ammatillisesti ja pystyneeni näin ollen ehkäisemään opinnäytetyön aiheen työstämiseen liittyvää psyykkistä kuormitusta. Koen saaneeni näin myös valmiuksia tunnistaa sijaistraumatisoitumiseen vaikuttavia riskitekijöitä ja valmiuksia reagoida näihin.

Opinnäytetyöprosessin myötä yllätyin kuinka kokonaisvaltaiset vaikutukset kidutuksella voi olla uhreihinsa. Fysioterapeutilta kidutuksen uhrin kohtaaminen vaatii kykyä tarkastella ja tutkia potilaan toimintakykyä hyvin monta eri osa-aluetta huomioiden. Fysioterapeutin tulee ymmärtää ihminen osana psykofyysistä kokonaisuutta, missä tunteet ja traumaattiset kokemukset voivat vaikuttaa merkittävästi potilaan kehon kuvaan, kehon tuntemuksiin, kipukokemukseen sekä fyysiseen toimintakykyyn. Toisaalta kidutetuilla on usein taustalla myös fyysisiä vammoja ja vaurioita, joiden osallisuus kipuun tai toimintakykyyn on tärkeää selvittää ja huomioida. Kidutustrauman vaikutuksen aivojen rakenteeseen, toimintaan sekä mahdolliset pahoinpitelyssä syntyneet aivovammat vaativat tarkastelemaan kidutuksen uhrin tilannetta myös vahvasti neurologisesta näkökulmasta. Kidutustrauman kokonaisvaltaisuuden vuoksi moniammatillinen yhteistyö on keskeistä kidutettujen hoidossa ja kuntoutuksessa. Tämän opinnäytetyön myötä ymmärrykseni psyykkisen trauman kehollisuudesta ja fysioterapian mahdollisuuksista toimia osana traumatyötä on kasvanut merkittävästi.

9.4 Jatkotutkimus – ja kehittämisideat

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden määrä oletettavasti kasvaa tulevaisuudessa Suomessa. Perusterveyden huollossa tarvittavalle tiedolle ja ymmärrykselle pakolaisuuteen liittyvistä ilmiöistä, kuten sota- ja kidutustraumoista on todennäköisesti tarvetta jatkossakin. Koska kidutusmenetelmät, niiden psyykkiset ja fyysiset seuraukset sekä vaikutukset toimintakykyyn ovat hyvin moninaisia ja yksilöllisiä, vaatii kidutustrauman tunnistamisen usein moniammatillista arviointia ja osaamista.

Tämän opinnäytetyön osalta jatkokehitysmahdollisuuksia olisi esimerkiksi valmiin oppaan käytettävyyden laajempi kartoittaminen eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa. Fysioterapeuttisesta näkökulmasta jatkokehitysmahdollisuuksia voisivat olla erilaiset tarkemmat oppaat ja ohjeistukset fysioterapiatyön tueksi. Esimerkiksi falanga on yleinen kidutusmenetelmä, jolla on usein kroonisessa vaiheessa merkittäviä vaikutuksia alaraajojen toimintaan sekä kävelyn biomekaniikkaan. Jatkokehitysmahdollisuuksia olisi esimerkiksi tarkemman tutkimis- ja kuntoutusoppaan tai toimintamallin kehittäminen falanga-potilaiden fysioterapian tueksi.

Lähteet

- Ali, S., Jabeen, S., Pate, R.J., Shahid, M., Chinala, S., Nathani, M. & Shah, R. 2015. Conversion Disorder - Mind versus Body: A Review. *Innov Clin Neurosci*. 2015;12(5-6-):27-33. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479361/pdf/icns_12_5-6_27.pdf. 20.8.2020.
- Amnesty International. 2020a. Kidutus voidaan pysäyttää. <https://www.amnesty.fi/tyomme/teemat/kidutus/>. 19.3.2020.
- Amnesty International. 2014. Kidutuksen ja muun epäinhimillisen kohtelun kielto Suomessa. <https://www.amnesty.fi/kidutuksen-ja-muun-epainhimillisen-kohtelun-kielto-suomessa/>. 20.5.2020.
- Amris, S., Blaauw, M., Danielsen, L. & Rasmussen, O. 2009. Medical physical examination of alleged torture victims. A practical guide to the Istanbul Protocol - for medical doctors. Denmark: IRCT- International Rehabilitation Council for Torture.
- Amris, K. & Williams, A. 2015. Managing chronic pain in survivors of torture. https://www.researchgate.net/publication/270004265_Managing_chronic_pain_in_survivors_of_torture. *Future Medicine* 1/2015. 19.3.2020.
- Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.). 2003. A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism, and Inflicted trauma. CRC Press LLC.
- Castaneda, A.E., Mäki-Opas, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen T., Nieminen, S., Santalahti, P. & PALOMA-asiantuntijaryhmä. 2018. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa - PALOMA-käsikirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Diakonissalaitos. 2020a. Psykotraumatologian keskus. <https://www.hdl.fi/tukea-ja-toimintaa/maahanmuuttajille/psykotraumatologian-keskus/>. 2.2.2020.
- Diakonissalaitos. 2020b. Sotatraumatisoituneiden kuntoutus. <https://www.hdl.fi/tukea-ja-toimintaa/maahanmuuttajille/psykotraumatologian-keskus/sotatraumatisoituneiden-kuntoutus/>. 20.7.2020.
- Diakonissalaitos. 30.6.2020c. Diakonissalaitos aloittaa työn radikalisoitumisen ehkäisemiseksi. <https://www.hdl.fi/blog/2020/06/30/diakonissalaitos-aloittaa-tyon-radikalisoitumisen-ehkaisemiseksi/>. 3.9.2020.
- Forrest, D. 2009. Examination following specific forms of torture. Teoksessa Peel, M & Iacopino, V. (toim.). *The Medical Documentation of Torture*. New York: Cambridge University Press, 159-169.
- Güzel Y, Güleç A, Elmadağ M. Ankle Deformity Associated with Torture: A Case Report. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2015/6 (5): 689-91. https://www.researchgate.net/publication/307648556_Ankle_Deformity_Associated_with_Torture_A_Case_Report. 5.3.2020.

- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2019a. Stressi, traumat ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2019b. Traumaperäinen stressihäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja.
- Hermann, V. 2003a. Electric torture. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 134-136.
- Hermann, V. 2003b. Water torture. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 137.
- Hermann, V. 2003c. Finger and toe torture. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 138-139.
- Hermann, V. 2003d. Stabbing and cutting. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 140-142.
- Hermann, V. 2003e. Postural torture. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 143-144.
- Hermann, V. 2003f. Other forms of torture. Teoksessa Brogdon, B.G., Hermann, V. & McDowell, J. (toim.) A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism and Inflicted trauma. CRC Press. 145-149.
- Hincheli, N.L., Brasholt, M., Aon, M. & Cakal, E. 8/2019. Positional Torture. Danish Institute Against Torture. <https://dignity.dk/en/dignity-work/health-team/torture-methods/positional-torture/>. 12.4.2020.
- Hinshelwood 2009. The sexual abuse of females. Teoksessa Peel, M. & Iacopino, V. (toim.) The Medical Documentation of Torture. New York: Cambridge University Press, 171-177.
- Huttunen, M. 2018a. Ahdistuneisuus. Duodecim: Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188. 29.7.2020.
- Huttunen, M. 2018b. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526. 18.3.2020.

- Huttunen, M. 2018c. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Duodecim: Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00359. 29.7.2020
- Huttunen, M. 2018d. Elimellisoireiset psykiatriset häiriöt. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Somatisaatioh%C3%A4iri%C3%B6&p_artikkeli=dlk00366&p_teos=dlk. 20.8.2020.
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemus sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Kelan tutkimus. Helsinki.
- Istanbulin pöytäkirja – Käsikirja kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tutkimiseksi ja dokumentoimiseksi tehokkaasti. 2015. Ulkoasiainministeriö. Yhdistyneet kansakunnat.
- IRCT- International Council for the Torture Victims. 2020a. Rehabilitation of torture victims. <https://irct.org/what-we-do/rehabilitation-of-torture-victims>. 10.7.2020.
- IRCT - Internation Rehabilitation Council for Torture Victims. 2020b. About the IRCT. <https://irct.org/who-we-are/about-the-irct>. 10.7.2020.
- Karelia-ammattikorkeakoulu & Opinnäytetyöryhmä. 1/2018. Opinnäytetyön ohje. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjajasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf. Luettu 13.1.2020.
- Kauranen, K. 2018. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kienle, J., Rockstroh, B., Bohus, M., Huffziger, S. & Steffen-Klatt, A. 2017. Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome – two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504809/pdf/12888_2017_Article_1414.pdf. 20.8.2020.
- Kirschner, R. & Peel, M. 2009. Physical examination for late signs of torture. Teoksessa Peel, M. & Iacopino, V. (toim.) The Medical Documentation of Torture. New York: Cambridge University Press, 149–158.
- Käypähoito.2020a. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD). <https://www.kaypahoito.fi/nix02771#R1>. 29.7.2020.
- L 60/1989. Asetus kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten

- hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta.
<https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1989/19890060>.
 6.4.2020.
- Lauerma, H. 2019. Dissosiaatiohäiriöiden hoito.
https://www.oppiporssi.fi/op/pkr01006/do?p_haku=Konversio-oireet%20ja%20konversioh%C3%A4iri%C3%B6#q=Konversio-oireet%20ja%20konversioh%C3%A4iri%C3%B6. 20.8.2020.
- Lindfors, B. 2018. Lintu polttaa pesänsä: trauma ja kehollinen psykoterapia. Teoksessa Keho ja mieli- Johdatus psykofyysiseen psykoterapiaan. Toim. Lindfors, B., Waldekrantz-Piselli, K.C & Ikonen, J. Helsinki: Duodecim. 141-163.
- Mielenterveystalo. 2020. Toivo- Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma. Osio 6: Mieli ja Keho.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi_omaapu/omaapu/toivo/Pages/osio_6_lue_lisaa.aspx. 24.7.2020.
- Miller, L., Archer, R.L. & Kapoor, N. 2020. Conversion Disorder: Early Diagnosis and Personalized Therapy Plan Is the Key.
<http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail/detail?vid=15&sid=0e99a59a-61a3-40d9-a958-7919edf1570f%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=141157566&db=afh>. 20.8.2020.
- Nijenhuis, E. & den Boer, J.A. 2007. Psychobiology of Traumatization and Trauma-related Structural Dissociation of the Personality.
https://www.researchgate.net/publication/46621808_The_Emerging_Psychobiology_of_Trauma-Related_Dissociation_and_Dissociative_Disorders. 30.7.2020
- Odgen, P. & Fisher, J. 2015. Sensomotorinen psykoterapia - Keinoja trauman ja kiintymyssuhdevaurioiden hoitoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry.
- Partanen, M. 1.4.2016. Kidutetun kohtaamiseen tarvitaan koulutusta. Lääkärilehti. 12-13/2016.
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kidutetun-kohtaamiseen-tarvitaan-koulutusta/>. 22.5.2020.
- PSYFY-Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys Ry. 2020. Tunne kehosi - oivalla voimavarasi.
http://psyfy.net/app/uploads/2018/09/PSYFY_esite_180918.pdf.
 22.7.2020
- Ruuskanen, H. 2007. Kidutetun kipu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2007;123(4). 486-92. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96303>.
 6.4.2020.
- Saarijärvi, S., Salminen, J.K. & Äärelä, E. 2006. Tunnistamattomat tunteet.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo95773>. 20.8.2020.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle.

- Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. 16.6.2020.
- Schubert, C. 2017. Monikulttuurinen mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Mielenterveyshoitotyö (Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert & Seuri, T.) Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Sisäministeriö. 2020. Pakolainen pakenee vainoa kotimaassaan.
<https://intermin.fi/maahanmuutto/turvapaikanhakijat-ja-pakolaiset>. 23.5.2020.
- Stade, K., Skammeritz, S., Hjorkjaer, C. & Carlsson, J. 2015. "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." – Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees.
<https://irct.org/assets/uploads/After%20all%20the%20traumas.pdf>. 6.6.2020.
- Suomen trauma- ja dissosiaatioyhdistys- Disso ry. 2017. Persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta.
https://www.disso.fi/tietoa_traumasta_ja_dissosiaatiosta/traumatisoituminen/persoonan-rakenteellisesta-dissosiaatiosta/. 29.7.2020.
- Suomen trauma- ja dissosiaatioyhdistys - Disso ry. 2018. Trauma- ja dissosiaatio-oireet. Traumaoireet, oireilun syyt ja oireiden hallinta
https://www.disso.fi/wp-content/uploads/2020/05/Trauma-ja-dissosiaatio-oireet_03-2020.pdf. 29.7.2020.
- Tampere. 2020. Psykiatrinen poliklinikka maahanmuuttajille.
<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/polikliiniset-mielenterveyspalvelut/maahanmuuttajat.html>. 23.5.2020
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Kidutuksen uhrin.
<https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/kidutuksen-uhrit>. 6.4.2020.
- Terveyskirjasto. 2020a. F.62.0. Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/icd10.nimike?p_koodi=F62.0&tt=2. 29.7.2020.
- Terveyskirjasto. 2020b. F44 Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt).
https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/icd10.nimike?p_koodi=F44. 20.8.2020.
- Terveyskirjasto. 2018. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisiin. Duodecim.
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360&p_haku=Dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6t%20\(ajatusten,%20tunteiden,%20tekojen%20ym.%20erillisyys\)](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360&p_haku=Dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6t%20(ajatusten,%20tunteiden,%20tekojen%20ym.%20erillisyys)). 29.7.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2020. Muut ohjeet ja suositukset.
<https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/muut-ohjeet-ja-suositukset>. 14.7.2020.

- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Welsh, J. 2009. The Problem of Torture. Teoksessa Peel, M & Iacopino, V. (toim.). The Medical Documentation of Torture. New York: Cambridge University Press, 1-18.
- World Medical Association. 2020. WMA Declaration of Tokyo - Guidelines for physicians concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>. 6.4.2020.
- YTHS - Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. 2019. Psykkiset traumat. <https://www.yths.fi/terveystietopankki/psykkiset-traumat/>. 17.2.2020.

Kidutuksesta aiheutuvat fyysiset vammat

KÄYTETTY KIDUTUSMENETELMÄ		AKUUTTIVAIHEEN VAMMAT	MAHDOLLISIA FYYSIISIÄ OIREITA KROONISESSA VAIHEESSA
Lyöminen ja tylpällä esineellä aiheutetut vammat	lyöminen, lyöminen tylpällä esineellä, ruoskiminen, potkiminen, töniminen, kaataminen	pehmytkudosvauriot mustelmat, ruhjeet turvotus kipu avohaavat murtumat kylkiluiden murtumat sisäinen verenvuoto sisäelinvauriot	hoitamattomien murtumien seurauksena syntyneet luiden virheasennot Joissakin ihotyypeissä havaittavissa hyperpigmentaatiota vamma-alueella Epäsäännöllisen muotoiset arvet (ihon repeämisestä) Juovamaiset, hypertrofiset ja reunoilta hyperpigmentoituneet arvet (ruoskiminen)
Falanga	jalkojen ja jalkapohjien lyöminen tylpällä esineellä	mustelmat, ruhjeet turvotus kipu jalkapöydän ja varpaiden luiden murtumat jalkojen sidekudosrakenteiden vauriot jalkapohjien rasvatyynyjen vauriot kudosten sisäinen verenvuoto lihassaitio-oireyhtymä jalkojen verenkierron heikentyminen kuoliot	plantaarifaskiitti, kantakalvon kosketusarkuus, kantakalvon toimintahäiriöt m. quadratus plantaris longuksen kohonnut lihastonus fibroosit ja kontraktuurat sidekudosrakenteissa, alentunut elastisuus kudoksarakenteissa kuormituskipu (pitkään seisoessa tai kävellessä) kävelyn biomekaniikan häiriöt: kipu kävellessä, joko välittömästi tai kuormituksen yhteydessä, vaikeudet kävellä pitkiä matkoja nilkan ja jalkapöydän nivelten hypomobileetti ja liikekipu jalkapohjien rasvatyynyjen osittainen tai täydellinen surkastuminen arvet jalkapohjissa polttava kipu ja kihelmöinti alaraajoissa, erityisesti öisin

Kidutuksesta aiheutuvat fyysiset vammat

KÄYTETTY KIDUTUSMENETELMÄ		AKUUTTIVAIHEEN VAMMAT	MAHDOLLISIA FYYSISIÄ MERKKEJÄ KROONISESSA VAIHEESSA
Pään ja kasvojen alueelle kohdistuva väkivalta	lyöminen lyöminen tylpällä tai terävällä esineellä kaataminen sähkökidutus potkiminen ravistelu	Pään alueen vammat Pehmytkudosvauriot Kasvojen ja kallon luiden murtumat Hampaiden ja leukaluiden murtumat Kallon sisäiset vammat Kaularangan alueen vammat Silmäkuopan murtumat, silmän rakenteiden vauriot Tärykalvon repeämät Tajuttomuus Aivovammat, aivoödeema subduraalinen verenvuoto	Kasvojen luiden virheasennot Hampaiden vauriot ja puuttuminen Leukanivelen toimintahäiriöt Kuulon heikentyminen Silmän vauriot, näköaistin häiriöt Arvet pään alueella, hiusten alla sekä kasvoissa Kasvojen epäsymmetrisyys Palpoitaessa poikkeavuudet kasvojen pehmytkudosten rakenteissa Krepitaatio Krooninen päänsärky Niska-hartiasseudun kipuoireet Neurologiset toimintahäiriöt
Vesikidutus	Submarino Kidutettu pakotetaan juomaan nopeasti suuria määriä vettä	Hengitystieinfektiot Keuhkopöhö Keuhkokuume	Toistuvat hengitystieinfektiot Pitkittänyt yskä Astmaattiset oireet
Sähkökidutus	Sähkövirran johtaminen kehoon asetettujen elektrodien avulla	Pistemäiset tai rypäsmäiset jäljet elektrodien kiinnityskohdissa Pienet, pyöreät punaruskeat sähköpalovammat Jäljet sähkövirran kulkualueella Pehmytkudosvauriot sähkövirran kulkureitillä Kompressiomurtumat selkärangan nikamissa	Pienet, punaruskeat tai valkeat, pistemäiset arvet elektrodien kiinnityskohdissa: ylä- ja alaraajat sormet varpaat varpaan välit nännit sukuelimet huulet hampaat kieli korvat

Kidutuksesta aiheutuvat fyysiset vammat

KÄYTETTY KIDUTUSMENETELMÄ		AKUUTTIVAIHEEN VAMMAT	MAHDOLLISIA FYYSISIÄ VAMMOJA KROONISESSA VAIHEESSA
Riiputtaminen	Ylä- tai alaraajoista riiputtaminen Sormista riiputtaminen Teurastamoriiputus Parrot Perch Palestiinalainen riiputtaminen Ristiasennossa riiputtaminen	Kipu Pehmytkudosvauriot Hermoston vauriot Raajojen tunnottomuus ja heikkous Olkanivelten sijoiltaanmenot	Nivelsiteiden, ligamenttien ja jänteiden vauriot Nivelten epästabiilitiitti Nivelten toimintahäiriöt, hypo- tai hypermobiliiteetti Kipu Lihasten ja jänteiden osittaiset tai täydelliset repeämät Kidutetuilla, jotka ovat olleet pitkiä aikoja käsirautoissa tai sidottuna, voidaan havaita sitomiskohdissa, kuten ranteissa ja nilkoilla rengasmaisia jälkiä sekä ihokarvojen vähentymistä (arpeuttava kaljuuntuminen)
Asentokidutus	Kivuliaaseen, kuormittavaan tai epäluonnolliseen asentoon pakottaminen Jäsenten venyttäminen Nivelten vääntäminen Liikkumisen estäminen Asennon vaihtamisen estäminen	Kipu Verenkierron häiriöt Ääreishermoston vauriot ja toimintahäiriöt Sidekudosrakenteiden osittaiset tai täydelliset repeämät	Lihasten, nivelsiteiden, ligamenttien ja jänteiden vauriot Lihasten ja jänteiden osittaiset tai täydelliset repeämät Nivelten epästabiilitiitti Nivelten toimintahäiriöt Nivelten hypo- tai hypermobiliiteetti Kipuoireet Arpeuttava kaljuuntuminen
Polttaminen	Ihon polttaminen savukkeilla tai kuumilla esineillä, syövyttävien aineiden käyttö	kuuman esineen tai syövyttävän aineen aiheuttamat palovammat	Savukkeella aiheutetuista palovammoista syntyneet arvet, n. 5-10 mm, muodoltaan pyöreitä tai soikeita. Savukkeella aiheutetun palovamman keskus on usein hyper- tai hypopigmentoitunut, arven ulkoreuna puolestaan hyperpigmentoitunut. Syövyttävän aineen, kuten hapon aiheuttamat arvet ovat usein lineaarisia, keskeltä hypopigmentoituneita ja ulkoreunoilta hyperpigmentoituneita. Nestemäisen syövyttävän aiheuttamissa arvissa voidaan havaita valuvan nesteen muoto.
Seksuaalinen kidutus	Raiskaus yhdyntään pakottamalla tai esineellä Anaalinen kidutus Genitaalialueille kohdistava väkivalta Sukupuolielimiin kohdistuvat sähkökidutus	Kipu, turvotus genitaalialueilla Hiertymät ja repeämät emättimen ja peräaukon alueella Kiveksen kiertymät Sukupuolitautilien riski Raskauden riski	Krooniset virtsatieinfektiot Seksuaalitoimintojen häiriöt Erektio-ongelmat Kuukautishäiriöt Krooninen kipu Kivesten surkastuminen

Palautekyselylomake

Kidutustrauman fyysisten oireiden tunnistaminen -oppaan palautekysely

1. Oletko kohdannut työssäsi pakolaistaustaisia maahanmuuttajia tai turvapaikanhakijoita? Kyllä / Ei
2. Oletko kohdannut työssä kidutuksen uhreja? Kyllä/Ei
3. Saitko oppaasta uutta tietoa kidutuksesta ja kidutustrauman tunnistamisesta? Kyllä/Ei
4. Koetko oppaasta olevan hyötyä ammatissasi?
5. Oliko opas asiasisällöltään selkeä ja ymmärrettävä? Kyllä/Ei, toivoisin muutoksia:

6. Toivoisitko oppaaseen lisäyksiä? Kyllä, mitä? / Ei

7. Oppaan lopullinen taitto ja graafinen suunnittelu toteutetaan myöhemmin.
Tukevatko nykyiset oppaassa olevat taulukot ja visuaaliset elementit oppaan käyttöä?
Mitä kaipaisit lisää?

8. Muuta palautetta ja kehittämisideoita:

KIITOS PALAUTTEESTASI!