

Traumatisoituneiden asiakkaiden ko- kemuksia psykofyysisestä fysioterapi- asta

Krista Hautala

Opinnäytetyö
Marraskuu 2021
Terveys- ja hyvinvointialat
Fysioterapia (AMK)



jamk.fi

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

Tekijä(t) Hautala, Krista	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2021
	Sivumäärä 67	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta		
Tutkinto-ohjelma Fysioterapian tutkinto- ohjelma (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Kurunsaaari, Merja & Kuukkanen, Tiina		
Toimeksiantaja(t) Salattu		
Tiivistelmä <p>Traumaattisen tapahtuman kokeminen ja siihen liittyvät tuntemukset tallentuvat ihmiseen kehollisina sekä emotionaalisina muistoina. Ymmärtääkseen traumaa ja sen ilmenemistä yksilössä on hallittava trauman kokemiseen liittyvä teoreettinen viitekehys, joka selittää trauman ilmentymisen taustoja. Psykofyysinen fysioterapia puolestaan perehtyy trauman kehollisten oireiden ja tunne-elämän yhdistämiseen, jonka tavoitteena on asiakkaan keho-tietoisuuden ja kehonhallinnan vahvistuminen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa traumatisoituneiden psykofyysisen fysio-terapian asiakkaiden kokemuksista. Opinnäytetyö on suunnattu erityisesti psykofyysiseen fy-sioterapiaan erikoistuneille fysioterapeuteille, mutta myös muille terapiasuhteessa työ-skenteleville ammattiryhmille, joiden asiakaskuntaan voi kuulua trauman kohdanneita asi-akkaita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia kyselylomakkeen avulla traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta sekä tuottaa käyttökelpoista tutki-mustietoa.</p> <p>Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajalta. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Tutkimuksen kohderyhmä muodostui toimeksianta-jan asiakkaista, jotka käyttivät psykofyysisen fysioterapian palveluita. Aineistonkeruumene-telmänä käytettiin Webropolin sähköistä kyselylomaketta.</p> <p>Tutkimus osoitti, että asiakkaat kokivat muutoksia turvallisuuden tunteessa, vireystilan säätelyssä sekä kehotietoisuuden ja kehonhallinnan vahvistumisessa. Erityisesti vireystilan kokeminen ja sen säätelyn kehittyminen olivat merkityksellisiä. Tulosten perusteella voi-daan päätellä psykofyysisen fysioterapian vahvistavan yksilön kehotietoisuutta sekä kehon-hallintaa sekä ymmärrystä kehon reaktioiden sekä tunteiden yhteydestä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Psykofyysinen fysioterapia, turvallisuuden tunne, vireystila, vireystilan säätely, polyvagaalinen teo-ria, persoonan rakenteellinen dissosiaatio, kehotietoisuus.		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Hautala, Krista	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2021 Language of publication: Finnish
	Number of pages 67	Permission for web publication: x
Title of publication Traumatized clients' experiences of psychomotor physiotherapy		
Degree programme Bachelor's Degree Programme in Physiotherapy		
Supervisor(s) Kurunsaari, Merja & Kuukkanen, Tiina		
Assigned by Confidential information		
Abstract <p>A traumatic event can leave an emotional and bodily engram in an individual. To understand how trauma can manifest itself in a person, it is necessary to explore the theoretical framework of experiencing trauma. The theoretical framework explains the background of the human behavior after trauma. Psychomotor physiotherapy focuses on integrating bodily and emotional sensations and memories to improve clients' body awareness and control of the body.</p> <p>The purpose of the thesis was to share information of traumatized clients' experiences of psychomotor physiotherapy. The thesis is directed to the physiotherapists who specialize in psychomotor physiotherapy but also to other therapeutic professions who are working with traumatized clients. The aim of the thesis was to study traumatized clients' experiences of psychomotor physiotherapy and to generate useful research results via questionnaire.</p> <p>The subject of the thesis was assigned by the mandator. The study was conducted as a qualitative research project in collaboration with the mandator. The mandator's clients who used psychomotor physiotherapy services formed the focus group of the study. Material was collected by using Webropol's online questionnaire.</p> <p>The research results indicate that the clients experienced changes with their feelings on safety, states of alertness and regulations of the levels of alertness. Clients also experienced improvements with their body awareness, control of their bodies, and improvement in the regulation of alertness. In conclusion, the research results indicate that psychomotor physiotherapy can improve one's body awareness and control of the body.</p>		
Keywords/tags (subjects) Psychomotor physiotherapy, feeling of safety, state of alertness, regulations of the levels of alertness, polyvagal theory, body awareness, dissociation		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Trauma ja sen ilmeneminen	5
2.1	Trauman terminologia	6
2.2	Trauman neurobiologia	7
2.3	Informaation hierarkkinen työstäminen	9
2.4	Polyvagaalinen teoria	11
2.4.1	Turvallisuuden tunne	11
2.4.2	Ventraalinen vaguskompleksi	12
2.4.3	Dorsaalinen vaguskompleksi	13
2.4.4	Sympaattinen hermosto	14
2.5	Vireystila	15
2.6	Dissosiaatio ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio	17
3	Psykofyysinen fysioterapia trauman näkökulmasta	20
3.1	Psykofyysinen fysioterapia menetelmänä	20
3.2	Kehollinen työskentely	21
3.3	Psykofyysisen fysioterapian hyödyntäminen trauma-asiakkaiden kanssa tutkimustiedon valossa	23
3.4	Traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta tutkimusten mukaan	27
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	31
5	Tutkimuksen toteutus ja aineiston analysointi	32
5.1	Tutkimuksen lähtökohdat	32
5.2	Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä	34
5.3	Tutkimuksen luotettavuus	36
5.4	Tutkimuksen eettisyys	37
5.5	Aineiston analysointi	40

6 Tulokset	43
6.1 Asiakkaiden kokemukset kehotietoisuudesta ja kehonhallinnasta sekä niiden muutoksista psykofyysisessä fysioterapiassa	43
6.1.1 Turvallisuuden tunteen kehittyminen	43
6.1.2 Vireystilan tunnistamisen ja säätelyn kehittyminen	44
6.1.3 Keholliset ja emotionaaliset tuntemukset	45
6.2 Asiakkaiden kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista	47
7 Johtopäätökset.....	50
8 Pohdinta.....	51
8.1 Tutkimusmenetelmä	51
8.2 Tulokset ja niiden vertautuminen aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan	53
8.3 Jatkotutkimusehdotus	56
Lähteet	57
Liitteet	62
Liite 1. Käsite- ja lyhenneluettelo	62
Liite 2. Kyselylomake.....	64
Liite 3. Saatekirje.....	67
 Kuviot	
Kuvio 1. Trauman teoreettinen viitekehys opinnäytetyössä.....	6
Kuvio 2. Yhteenveto kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokemuksista sekä niiden muutoksista psykofyysisessä fysioterapiassa.	47
Kuvio 3. Yhteenveto asiakkaiden kokemuksista psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista.....	50

Taulukot

Taulukko 1. Kategorioiden muodostuminen pääluokiksi	42
Taulukko 2. Yhdistävien luokkien muodostuminen.....	43

1 Johdanto

Suomessa arvioidaan vuosittain noin 100 000 ihmisen joutuvan traumaattiseen tilanteeseen, joka aiheuttaa yksilölle suurta stressiä. Traumaperäisen stressihäiriön arvioidaan kehittyvän 20–30 % trauman kohdanneista, jolloin Suomessa vuosittain ilmaantuvuus traumaperäiselle stressihäiriölle olisi 0,5 %. (Traumaperäinen stressihäiriö 2020.) On kuitenkin huomioitava, että traumaattinen tapahtuma voi vaikuttaa yksilöön ilman traumaperäisen stressihäiriön diagnoosia.

Traumaattiseen tilanteeseen joutuminen muuttaa ihmisen tapaa käsitellä ympäristöstä saatavaa tietoa sekä hallita sensorimotorisia ja emotionaalisia kokemuksiaan. Ihmiseltä katoaa kehonhallinnan tunne, jolloin traumasta muistuttavat ärsykkeet kiihdyttävät yksilön yli- tai alivirittyneeseen tilaan, jolloin ihmisen vastaanottokyky ympäristöstä saatavalle informaatiolle estyy (Ogden, Kekuna & Pain 2006, 27). Trauman kehollisuudesta kertoo se, kuinka traumasta puhuminen aiheuttaa usein fyysisiä aistimuksia, kuten tahattomia liikkeitä sekä vireystilan säätelyn vaikeuksia. Voimakkaat fyysiset reaktiot puolestaan ruokkivat traumaan liittyviä tunteita, kuten kauhua, pelkoa ja häpeää, jolloin nykyhetki muuttuu turvattomaksi ja kosketus todellisuuteen häviää ainakin osittain. (Ogden ym. 2006, 3–4.) Näin on syntynyt eräänlainen noidankehä, jossa keholliset reaktiot yllyttävät emotionaalisia oireita, jotka taas voimistavat sensorimotorisia tuntemuksia.

Trauman teoriaan tutustuminen avaa kehotietoisuuden sekä kehonhallinnan ymmärrystä. Keholliset tuntemukset ja reaktiot eivät vain tapahdu, vaan taustalta voi löytyä yhteyksiä menneisyyden tapahtumiin. Tässä opinnäytetyössä korostuu erityisesti trauman teoreettinen viitekehys, joka tarkoituksena on syventää ymmärrystä mikä traumaattisen tapahtuman jälkeen ihmisen toiminnassa muuttuu ja miten trauma vaikuttaa yksilöön niin sensorimotorisella, emotionaalisella kuin kognitiivisella tasolla. Teoreettisen viitekehysten hallinta auttaa myös tutkimuskysymyksien sekä -tuloksien tarkastelussa. Tärkeimpinä käsitteinä tässä opinnäytetyössä ovat turvallisuuden tunne, vireystila ja sen säätely, informaation hierarkkinen työstäminen, polyvaalinen teoria sekä persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio.

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea ihmisen kehonhallinnan ja kehotietoisuuden vahvistumista. Tavoitteena on syventää yksilön itsetuntemusta kehollisten kokemusten kautta ja oppia yhdistämään sensorimotorisia tuntemuksia kokemiinsa tunteisiinsa ja omaan elämänhistoriaansa. Tämä on Ekerholtin & Gretlandin (2018, 52) mukaan yksi psykofyysisen fysioterapian perusajatuksista. Tärkeinä teemoina psykofyysisen fysioterapian terapiasuhteessa ovat turvallisuuden tunteen, vireystilan säätelyn sekä kokemusten yhdistämisen palauttaminen. Näitä teemoja pyritään tukemaan kokemuksellisen oppimisen ja kehotietoisuusharjoittelun avulla (Ekerholt & Gretland 2018, 54).

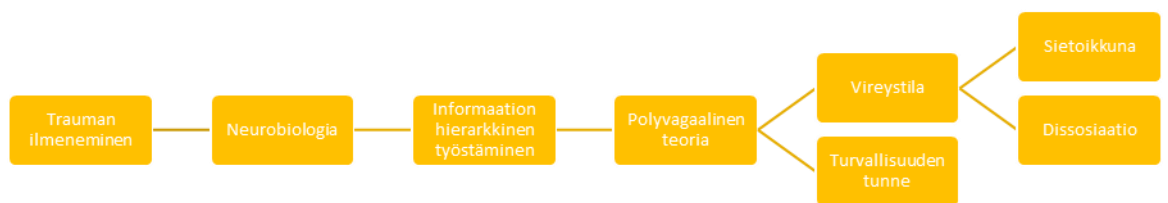
Trauman vakauttamisen prosessissa kehotietoisuuden vahvistaminen on merkittävä osa psykofyysisestä fysioterapiasta. Tätä näkökulmaa tukee Quillmanin (2013, 357) toteamus, ettei ihmisellä ole keinoja rauhoittaa itseään ahdistuksen luomassa tunnetilassa, mikäli hän on vieraantunut omasta kehostaan ja sen tuottamista kokemuksistaan. Trauman tunnistaminen ja sen aiheuttamien kehollisten sekä emotionaalisten tuntemuksien tunnistaminen, ymmärtäminen ja niiden hallinta ovat tärkeä osa psykofyysisestä fysioterapiasta.

Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajalta, jonka kanssa opinnäytetyön tutkimus toteutettiin yhteistyössä. Toimeksiantaja on suomalaisessa kaupungissa toimiva kuntoutusalan yritys. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena sähköisenä kyselylomakkeena. Opinnäytetyön tutkimusosuus keskittyy asiakkaiden kokemuksiin psykofyysisestä fysioterapiasta sekä kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokemuksiin ja niiden muutoksiin psykofyysisen fysioterapiajakson aikana. Opinnäytetyön tutkimustuloksien tueksi on haettu teoreettisen viitekehyksen lisäksi myös tietoa kansainvälisistä tutkimuksista liittyen trauman kokeneiden asiakkaiden kokemuksiin psykofyysisestä fysioterapiasta sekä traumaan liittyvästä psykofyysisestä fysioterapiasta.

2 Trauma ja sen ilmeneminen

Voidakseen ymmärtää psykofyysisen fysioterapian lähtökohtia trauma-asiakkaiden kanssa, on tunnettava trauman ilmenemisen muodot ihmisessä. Teoria traumasta

avaa myös syitä yksilön toiminnan takana ja tarjoaa perusteita asiakkaan kanssa työskentelyyn. Kun tarkastellaan psykofyysistä fysioterapiaa trauman näkökulmasta, nousevat keholliset reaktiot ja ilmentymät merkittävään rooliin. Traumaan liittyvä teoria osoittaa sen, ettei ihminen ole vain irrallinen toimija, jossa jokainen osanen ihmisyttä toimii itsenäisesti, vaan kaikki kehollinen ilmaisu, emootiot ja kognitio toimivat yhteistyössä rinnakkain muodostaen ihmisyyden kokonaisuuden. Alla olevasta kuvioista (Kuvio 1.) voi hahmottaa traumaan liittyvän teorian rakentumisen tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön liitteestä 1 (Liite 1) löytyy käsite- ja lyhenneluettelo teoreettisen viitekehyksen tueksi.



Kuvio 1. Trauman teoreettinen viitekehys opinnäytetyössä

2.1 Trauman terminologia

Opinnäytetyön keskiössä ovat trauman kokeneet henkilöt ja heidän kokemuksensa psykofyysisestä fysioterapiasta. Traumatutkimukseen ja -teoriaan perehdyttäessä on hyvä tarkentaa siihen liittyvää terminologiaa. Lindforsin (2018, 143) mukaan trauma terminä viittaa vammaan, kun taas psyykkisestä traumasta puhutaan silloin, kun ihminen joutuu pelottavan tapahtuman, kuten väkivallan tai onnettomuuden uhriksi. Traumaattinen tapahtuma aiheuttaa usein yksilössä voimakkaan emotionaalisen kokemuksen, joka ilmenee erilaisina kehollisina reaktioina. (Lindfors 2018, 143).

Sarto- Jackson (2018, 21) kirjoittaa kehityksellisestä psyykkisestä traumasta (developmental psychological trauma) sekä traumaperäisestä stressireaktiosta, joka englanninkielisessä kirjallisuudessa tunnetaan posttraumatic stress disorder (PTSD). Suomenkielisessä tietokirjallisuudessa PTSD:stä käytetään termiä traumaperäinen stressireaktio (Tarnanen, Laukkala & Haravuori 2020). Traumaperäisen stressireaktion voi aiheuttaa ihmisen kokema yksittäinen tai muutaman kerran toistunut yksilöä järkyttänyt traumaattinen tapahtuma, johon on voinut liittyä henkeä tai kehoa uhkaava elementti. Pitkään jatkuvan ja toistuvan traumaattisen tilanteen uhriksi joutuminen, kuten lapsuudessa tapahtunut seksuaalisuutta loukkaava hyväksikäyttö tai laiminlyönti, johtaa puolestaan kehitykselliseen psyykkiseen traumaan. (Sarto- Jackson 2018, 21.)

Traumaperäiseen stressihäiriöön liittyvä oireilu poikkeaa hieman kehityksellisestä psyykkisestä traumasta. Traumaperäiseen stressihäiriöön liittyy usein voimakasta trauman uudelleen elämistä sekä siihen liittyvät tunnetilat yllättävät myös kehollisia tuntemuksia aiheuttaen ahdistusta ja paniikkikohtauksia (Sarto- Jackson 2018, 21). Kehityksellisen psyykkisen trauman ja traumaperäisen stressihäiriön oireissa on myös samankaltaisuuksia, kuten turtuneisuutta, tunne-elämän rajoittuneisuutta tai sen hallinnan heikkoutta sekä ylivirittyneisyyttä. Eroavaisuuksia näiden kahden trauman ilmenemisessä on kuitenkin havaittavissa. (Sarto- Jackson 2018, 21–22.) Sarto- Jackson (2018, 21-22) kuvaa kehityksellisen psyykkisen trauman kokeneen ”*käyvän ikään kuin jatkuvalla psyykkisellä hätäohjelmalla, kun taas äkillisen trauman kohdannut kärsii ajoittaisista puolustuskeinojen reaktioiden aiheuttamista purkauksista.*”

2.2 Trauman neurobiologia

Useille trauman kokeneille muodostuu tapahtuneesta tiedostamattomia, helposti aktivoituvia neurobiologisia reaktioita. Nämä ovat sensorimotorisia reaktioita, jotka ikään kuin sanoittavat tapahtunutta traumaa tiedostamattomalla tasolla, joka ilmenee yksilölle ahdistavina, voimakkaina kehollisina tuntemuksina. Näiden sensorimotoristen reaktioiden yhdistäminen tapahtuneeseen traumaan jää usein trauman ko-

keneilla puuttumaan. Trauma jää usein kuin sumuverhon taakse, jolloin traumaattisen tilanteen tapahtumat ja siitä selviytyminen jäävät uhrille epäselviksi. Tällöin trauman kohdannut omaksuu traumaan kuuluvat uudelleen aktivoituvat sensorimotoriset reaktiot osaksi identiteettiään. (Ogden ym. 2006, 3.)

Voimakkaimmin aivoissa trauman kokemiseen vaikuttaa hippokampus, joka on osa limbistä järjestelmää. Trauman biologista perustaa ajatellen, hippokampuksella on merkittävä rooli trauman kokemiseen, sillä liiallinen ja voimakas stressi ikään kuin jumittaa hippokampuksen toiminnan. Tästä johtuen trauman kokemiseen liittyy usein muistinmenetykset, mutta traumaattiseen tapahtumaan liittyvät aistihavainnot ja emootiot säilyvät kehossa muistijälkenä. (Lindfors 2018, 145.)

Pitkään jatkuvan stressin aiheuttaman kortikosteroidin määrän nousu johtaa hippokampuksen toiminnan häiriintymiseen. Hippokampuksen erityinen rooli oppimisen ja muistiin palauttamisen mahdollistajana heikkenee kortikosteroidien haitallisesta määrästä, aiheuttaen hippokampuksen neuraalisen syötteen heikkenemisen sekä neuraalisten solujen tuhoutumisen. Pitkään jatkuneen stressin aiheuttaman kortikosteroiditason nousu heikentää myös uusien neuronien syntymistä hippokampuksessa ja vaikuttaa myös sitten heikentävästi muistiin ja oppimiseen. Tietoista muistiin palauttamista voi olla täten vaikea toteuttaa. (Sarto- Jackson 2018, 22.)

On kuitenkin huomioitava, että vaikka traumaan liittyvien muistikuvien palauttaminen tietoisesti ei onnistuisikaan, siihen liittyvät emootiot voivat tallentua ihmisen proseduraaliseen muistiin. Syy tähän löytyy proseduraalisen muistin aikaisemmalla kehitymisellä verrattuna hippokampukseen ja se on myös vähemmän alttiimpi kortikosteroideille kuin hippokampus (Sarto- Jackson 2018, 22). Sarto- Jacksonin (2018, 21) esiin nostama teoria tarjoaa selitystä sille, miksi jokin tietty tilanne saattaa yllättäen laukaista yksilössä voimakkaita tunnetiloja ja palauttaa traumaan liittyviä kokemuksia. Trauman ilmeneminen on kuitenkin yksilöllistä. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä voi myös ilmetä hypermnesiaa, jolloin muistikuvat tapahtuneesta ovat kirkaat ja pakonomaiset, eivätkä muistot traumasta katoa ajan kanssa (Sarto- Jackson 2018, 22).

2.3 Informaation hierarkkinen työstäminen

Kun tarkastellaan trauman monilukuisia oireita ja niiden monimuotoista ilmentymistä, on syytä perehtyä ensin biologiseen näkökulmaan informaation hierarkkisesta käsittelystä aivoissa. Ogden ym. (2006, 5) kirjoittavat teoksessaan kolmiosaisista aivoista, jossa informaatiota työstetään kolmella, toisiinsa hierarkkisesti suhtautuvalla tasolla. Nämä tasot, jotka määrittävät myös ihmisen toimintaa, ovat kognitiivinen, emotionaalinen ja sensorimotorinen taso. Näistä kehitysopillisesti tarkasteltuna ensimmäisenä kehittyi primitiivisin taso, niin kutsutut liskoaivot, jotka vastaavat löyhästi sensorimotorisesta toiminnasta. Liskoaivot ohjaavat vireystilaa, aineenvaihdunnan tasapainoa, lisääntymisviettä, ennalta ohjelmoituja liikeilykkeitä ja aistimuksia. Toisella tasolla, ikään kuin liskoaivojen ympärillä, toimii emotionaalista työstämisestä vastaava vanhat nisäkäsaiivot, joka tunnetaan myös aivojen limbisenä osana. Limbinen osa käsittelee tunteita ja muistoja sekä on vastuussa osittain yksilön sosiaalisesta käyttäytymisestä ja oppimisesta. Viimeisenä kehittyi iso aivokuori, jolla tapahtuu tietoinen, kognitiivinen ajattelu. (Ogden ym. 2006, 5.)

Kehitysopillinen aivojen hierarkkisuuden tarkastelu raottaa syitä trauman jälkeisen käyttäytymisen takana. Ogden ym. (2006, 6–7) toteavat sensorimotorisesta toiminnasta vastaavan aivojen osan sisältävän ihmisen alkukantaisimman käytöksen. Se tarjoaa valmiita toimintamalleja, kuten säpsähdysreaktion ja pakene- taistele- reaktion. Tämä tekee sensorimotorisesta tasosta joustamattoman, jota määrittää kehollisten reaktioiden pysyvyys ja konkreettisuus. Kognitiivinen taso puolestaan edustaa toista ääripäätä, jota määrittää tietoinen ajattelu ja joustavuus. Trauman kohdanneilla näiden kolmen tason tuottaman informaation yhdistäminen epäonnistuu, jolloin esimerkiksi sensorimotorisen tason tuottamat voimakkaat fyysiset reaktiot johtavat tilanteen virhearviointeihin. (Ogden ym. 2006, 8.)

Ogden ym. (2006, 9) kuvailevat kognitiivisella tasolla informaation työstämistä ”huipulta alas suuntautuvaksi työstämiseksi”, jolloin alempien tasojen työstäminen voidaan keskeyttää tai estää. Tällöin emotionaaliset ja sensorimotoriset aistimukset voidaan havaita, mutta niille ei anneta valtaa. Huipulta alas suuntautuvaa toimintaa voi verrata aikuisen ihmisen kykyyn toimia suunnitelmallisesti. Trauman kohdanneella

tiedon käsittely muuttuu kuitenkin alhaalta ylös suuntautuvaksi työstämiseksi, jolloin kognitiivisen työstämisen taso ei pysty hillitsemään alemman emotionaalisen ja sensorimotorisen tason reaktioita. (Ogden ym. 2006, 9.) Lindfors (2018, 145–148) lisää, että traumaattinen kokemus vaikuttaa ihmisen tapaan havainnoida ympäristöään, ja tällöin traumaan liittyvät keholliset ja tunne- elämän kokemukset voivat aktivoitua uudelleen jonkin erillisen yksityiskohdan laukaisemana. Trauman kokeminen vaikuttaa täten yksilön tapaan havainnoida ympäristöään.

Emotionaalisella tasolla traumasta kärsivä voi kokea tunne-elämänsä latistumista ja irrallisuutta sekä menettää motivaationsa elämään. Reaktiot voivat olla myös täysin päinvastaisia. Trauman kohdanneen tunteet voivat olla myös voimakkaita toimintaan pakottavia sekä hallitsemattomia ja harkitsemattomia. (Ogden ym. 2006, 12.) Nämä tunneskaalan ääripäät voivat vaihdella samalla ihmisellä (Lindfors 2018, 148). Trauma-peräisiin tunnetiloihin voi myös juuttua, jolloin yksilön voi olla vaikea päästää irti traumasta ja hän elää tapahtunutta yhä uudelleen (Ogden ym. 2006, 12; Sarto- Jackson 2018, 23).

Quillman (2013, 359) kuvaa emootioiden ja kehon fyysisten tuntemuksien yhteyttä toteamalla ”tunteiden olevan kuin etikettejä, joilla nimetään fyysisiä aistimuksia.” Kehollisia reaktioita sanoitetaan usein tunteiden kautta (Ogden ym. 2006, 12–13). Tällä tarkoitetaan sitä, kuinka jännitys voi tuntua vatsassa kihelmöintinä tai suru ilmentyä ryhdin muuttumisena kumaraan (Kinnusen 2016, 84). Ihmisen emootiot heijastuvat kehoon, sen asentoon sekä liikkeisiin ja tätä käytetään hienovaraisena viestimenä ympäristölle sen hetkistä tunnetiloista. Tunnetilat ja niiden keholliset ilmentymät voivat olla joko välittömiä, nykyhetkeen liittyviä tai pysyvää emotionaalista, sisäistä maailmaa kuvaavia. Trauman kokeneille kehollisten reaktioiden ja tunteiden erottaminen toisistaan on haastavaa, jolloin molempien tasojen tuntemukset voimistuvat entisestään. (Ogden ym. 2006, 12–13.) Ogden ym. (2006, 13) kuvailevat ilmiötä seuraavasti: *”Asiakkaat kamppailevat usein hallitsemattomien tunteiden kanssa tiedostamatta, että keho osaltaan synnyttää ja ylläpitää näitä tunteita.”*

Sensorimotorinen työstäminen voidaan jaotella kolmeen työstämisen tasoon, joita ovat kehon sisäiset ja ulkoiset aistimukset sekä liikkeet. Kun tarkastellaan esimerkiksi

liikettä sensorimotorisena työstämisenä, voidaan trauman kohdanneen kehon asennosta ja liikkeistä havainnoida tiettyjä piirteitä. (Ogden ym. 2006, 15–19.) Ogden ym. (2006, 19) käyttävät esimerkkinä säpsähdyksireaktiota, jossa pään ja hartioiden ryhti joutuu hetkellisesti epätasapainoon. Pitkäkestoisina säpsähdyksireaktioon liittyvät liikkeet ja asennot altistavat yksilön ahdistaville tunnekokemuksille aiheuttaen pysyvän vaaran tunteen (Ogden ym. 2006, 19).

Samalla tavoin kehon sisäiset tuntemukset saattavat saada suuremman merkityksen, kuin mikä niiden fysiologinen tarkoitus on. Vaaran aiheuttamien valmiiden toimintamallien osatekijät alkavat toistumaan sensorimotorisina välähdyksinä tapahtuneesta, joka selittää osin trauman uudelleen elämisen. Nämä aistimukset ja liikeylykkeet tunkeutuvat väkisin yksilön tietoisuuteen ylläpitäen traumaattista kokemusta. (Ogden ym. 2006, 20.)

2.4 Polyvagaalinen teoria

Polyvagaalinen teoria avaa tarkemmin syitä siihen, miksi ihminen toimii tietyllä tavalla niin traumaattisessa tilanteessa kuin myös sen jälkeen. Leikola, Mäkelä & Punkanen (2016) ovat tarkastelleet polyvagaalisen teorian keskeisestä merkityksestä emotionaalisen trauman hoidossa. Teoriaa on hyödynnetty erityisesti psykoterapiassa ja lasten psykiatriassa. Polyvagaalisen teorian on kehittänyt neurofysiologi Stephen Porges, joka on tutkinut autonomista hermostoa 1960-luvulta lähtien. Polyvagaalisen teorian keskeisenä ajatuksena on parasympaattisen hermoston rakenteellinen ja fysiologinen kahtia jako sekä turvallisuuden ja turvattomuuden tunteen vaikutukset yksilössä. (Leikola ym. 2016.) Polyvagaalisessa teorissa avataan autonomisen hermoston hierarkkista järjestelmää, jossa alajärjestelmät säätelevät neurobiologisia reaktioita suhteessa ympäristön ärsykkeisiin.

2.4.1 Turvallisuuden tunne

Turvallisuuden tunteella ja sen vaikutuksella ihmiseen on suuri merkitys polyvagaalissa teoriassa. Voidakseen saavuttaa sosiaaliseen liittymiseen kuuluva käyttäytyminen, on turvallisuuden tunteen oltava läsnä (Porges 2011, 17). Tätä turvallisuuden

tunnetta ihminen arvioi neuroseption (neuroception) avulla, joka muodostuu tiedostamatta aivojemme alkukantaisissa osissa neuraalisten yhteyksien kautta (Porges 2011, 11). Neuroseptio toimii automaattisesti ja tiedostamattomana valiten optimaalisimman tavan toimia eri tilanteissa. Selviytymisen näkökulmasta on tärkeää, että riskin mukaiset toimintamallit aktivoituvat automaattisesti, ja tämän vuoksi neuroseptiota tapahtuu aivoalueilla, jotka eivät ole yhteydessä kognitiiviseen ympäristön havainnointiin. Neuroseption automaattisen ja ihmiselle tiedostamattoman toiminnan vuoksi yksilö voi kokea kehollisia reaktioita ymmärtämättä niiden aiheuttajaa. (Porges & Peper 2014, 47.)

Ihmisen valitsema toiminta joko sosiaaliseen kanssa käymiseen tai puolustautumiseen on neurobiologisesti määriteltyä. Polyvagaalisen teorian keskeinen ydin on kolmen autonomisen neuraalisen radan säätelykyvyssä. (Porges 2011, 11.) Nämä kolme rataa säätelevät kolmea hyvin erityyppistä käyttäytymistä, jotka Porges (2011, 15–16) luokittelee jähmettymiseksi (immobilization), liikkeelle lähdöksi (mobilization) ja sosiaalisiksi liittymiseksi (social communication, social engagement).

2.4.2 Ventraalinen vaguskompleksi

Teorian mukaan parasympaattisen hermoston tärkein hermo n. vagus jakautuu kahden osaan, ventraaliseen ja dorsaaliseen. Ventraalinen vaguskompleksi aktivoituu ihmisen sosiaalisen liittymisen kautta. (Leikola ym. 2016.) Myelinisoituneella ventraalisella vaguskompleksilla on yhteydet sekä sydämen sinussolmukkeeseen että keuhkojen keuhkoputkiin, jolloin tämä vaguskompleksi on osallisena sydämen ja hengityksen muutoksiin luoden sosiaalisen liittymisen järjestelmän (Porges 2011, 169–170).

Ventraalisen vaguskompleksin toimintaa suhteessa sydämen ja hengityksen muutoksiin voidaan kuvata vagaalisen jarruna (vagal brake). Vagaalinen jarru ja sen säätely mahdollistavat sosiaalisen kanssakäymisen, jolloin se edistää rauhoittavaa yhdessäolon kokemusta vaimentaen sympaattisen hermoston vaikutusta sydämen toimintaan. Vagaalisen jarrun toiminta voi olla myös päinvastainen, jos ihminen joutuu uhkaavaan tilanteeseen. Tällöin taistele- pakene- tilanteessa ventraalisen vaguskompleksin

leksin vagaalinen jarru tukee liikkeelle lähtöä (mobilization) mahdollistaen ja kiihdyttäen sympaattisen hermoston toimintaa. Uhkaavassa tilanteessa vagaalinen jarru ja sen mahdollistama sosiaalinen kanssakäyminen ovat saavuttamattomissa. (Porges 2011, 169–170.) Vagaalisen jarrun toiminnalla on merkitystä ihmisen sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä turvallisuuden tunteeseen. Kun yksilö kokee tilanteen turvalliseksi, hän ikään kuin asettaa vagaalisen jarrun, joka estää sympaattisen hermoston toimintaa. (Leikola ym. 2016.)

Respiratorista sinusarytmiaa (RSA) voidaan hyödyntää ventraalisen vaguskompleksin toiminnan mittarina. Sydämen sykkeen rytmisen lisäys tai väheneminen suhteessa hengitystiheyteen muodostaa respiratorisen sinusarytmian perustan. (Porges 2011, 169.) Leikola ym. (2016) tiivistävät respiratorisen sinusarytmian merkityksen ihmiselle. Mitä korkeampi RSA on, sitä paremmat valmiudet yksilöllä on sosiaaliseen yhteyteen ja aivojen toimintakyky on parhaimmillaan. Toisin sanoen ventraalinen vaguskompleksi huolehtii aivojen optimaalisesta hapensaannista respiratorisen sinusarytmian (RSA) avulla. Tämän ansiosta uuden oppiminen kehittyy ja riittävien turvallisten vuorovaikutussuhteiden avulla ventraalinen vaguskompleksi myelinisoituu. Tämä on tärkeä osa terapeutin suhteen luomisessa sekä terapeutin työssä. (Leikola ym. 2016.)

2.4.3 Dorsaalinen vaguskompleksi

Parasympaattisen hermoston toinen haara, dorsaalinen vaguskompleksi, aktivoituu puolestaan vakavan uhan aiheuttamana (Leikola ym. 2016). Porges (2011, 13–14) nimittää tätä jähmettymiseksi, joka on yksi ihmisen puolustusstrategioista. Jähmettyminen puolustusstrategiana on muinainen jäännös kehityshistoriasta, joka yhdistetään matelijoihin ja heidän lajityypilliseen käyttäytymiseensä uhkaavassa tilanteessa. Toisin kuin nisäkkäät, matelijat ovat sopeutuneet sietämään paremmin happivajetta ja neurogeenistä bradykardiaa, eivätkä vastaavanlaiset muutokset vaaranna heidän terveyttään. (Porges 2011, 30–36.)

Dorsaalinen vaguskompleksi ei ole myelinisoitunut ja normaalisti sen vaikutus sydämen toimintaan on hyvin vähäinen. Aktivoituessaan henkeä uhkaavassa tilanteessa

dorsaalinen vaguskompleksi aiheuttaa merkittävää happivajetta sekä bradykardiaa. Ihmiselle tällainen reaktio pitkään jatkuessaan voi olla jopa hengenvaarallinen. (Porges 2011, 105.) Dorsaalinen vaguskompleksi tuottaa estävän syötteen sinussolmukkeeseen myelinisoimattomien hermosäikeiden avulla, jotka ovat vähemmän kontrolloituja kuin ventraalisen vaguskompleksin hermosäikeet. Hypoksia laukaisee dorsaalisen vaguskompleksin reaktion, josta aiheutuu vakavaa bradykardiaa sekä apneaa. (Porges 2011, 159–160.)

Jähmettyminen puolustuskeinona aktivoituu henkeä uhkaavissa tilanteissa, joissa esimerkiksi vastustelu lisää hyökkääjän aggressiota. Tästä syystä jähmettyminen puolustusstrategiana on edelleen merkittävä, vaikka se on jääne muinaishistoriasta (Porges ym. 2014, 47). Erityisen tärkeää on tiedostaa, että henkeä uhkaavassa tilanteessa jähmettyminen on eräänlainen refleksiivinen tapa reagoida, eikä ihminen tee tällöin tietoista valintaa puolustusstrategioistaan. Tämän vuoksi tapahtunut traumaattinen tilanne saattaa myöhemmin lisätä uhrin häpeää siitä, ettei taistellut vastaan. (Porges ym. 2014, 47.) Porges ym. (2014, 46) nostavat myös esiin, ettei jähmettymisen jälkeen traumaattisen tapahtuman kokeneilla ilmene oireina sympaattisen hermoston ja adrenaliinia tuottavien rauhasen aktivoitumista. Tällöin voidaan puhua alivireystilaan viittavasta oireilusta ja reagoitimallista.

2.4.4 Sympaattinen hermosto

Kahden eriytyneen parasympaattisen hermon lisäksi polyvagaaliseen teoriaan kuuluu kolmas alajärjestelmä, sympaattinen hermosto, joka vastaa toimintaan valmistautumisesta (Ogden ym. 2006, 30). Sympaattinen hermosto vastaa ihmisen toisesta puolustusstrategiasta, taistele- pakene- reaktiosta. Sympaattisen hermoston stimulaatio valmistaa kehoa taisteluun tai pakenemiseen, jolloin pupillit laajenevat, sydämen syke ja supistumisvoima lisääntyvät, verisuonet supistuvat ja verenpaine kohoaa. Runsaasti happea sisältävä veri kulkeutuu luurankolihasiin, sydämeen, keuhkoihin ja aivoihin, jolloin verenkierto niissä lisääntyy. (Porges 2011, 64.) Ventraaliseen vaguskompleksiin verrattuna sympaattinen hermosto on toiminnaltaan alkukantaisempi. Sympaattinen hermosto saa vireystilan kohoamaan, joka aiheuttaa ketjureaktion

mielen ja kehon välille. Uhkaava tilanne tunnistetaan ja kehon sisäiset reaktiot puolustusmekanismien aktivoimiseen heräävät. (Ogden 2006, 31.) Sympaattisen hermoston aktivoituminen ja toiminta puolestaan liittyvät yksilön kokemaan ylivireystilaan.

Hierarkkisuus on olennainen osa myös polyvagaalista teoriaa, ja se vaikuttaa alajärjestelmien syttymisjärjestykseen (Ogden ym. 2006, 32–33; Quillman 2013, 358). Ventraalisen vaguskompleksin luoma sosiaalinen liittyminen on hierarkkisesti korkeimmalla tasolla ollen vähiten alkukantaisin. Se muodostaa ensimmäisen puolustuskeinon ihmisille, jolla on riittävän joustava vireystilan sietoikkuna. (Ogden ym. 2006, 32–33.) Mikäli sosiaalinen kanssakäyminen ei tuota toivottua tulosta, hierarkkisesti seuraavalla tasolla on sympaattinen hermosto, joka käynnistää taistele-pakene reaktion (Quillman 2013, 358). Kaikkein alkukantaisin, dorsaalinen vaguskompleksi, muodostaa viimeisen puolustuskeinon. Tähän keinoon turvaudutaan silloin, kun sympaattisen hermoston taistele-pakene-keinot eivät ole toimivia. (Ogden ym. 2006, 32–33.)

2.5 Vireystila

Vireystila on keskeinen tekijä ihmisen toiminnan kannalta esimerkiksi tarkkaavuuden säätelyssä. Vireystila vaihtelee vuorokausirytmien mukaisesti valvetilan ja unen välillä. Muutokset vireystilassa vaikuttavat yksilön toimintaan. Liian alhainen vireystila vaikuttaa muun muassa heikentävästi keskittymiskykyyn, reaktionopeuteen, toiminta- valmiuteen sekä lisää virhealttiutta. Vireystila voi myös olla liiallinen, jolloin se vaikuttaa tarkkaavuuden kaventumiseen, virhealttiuden lisääntymiseen, keskittymiskyvyn ja tilanteen mukaisen toiminnan heikkenemiseen. (Jehkonen ym. 2019, 72.) Vireystilan ja suorituskyvyn välistä yhteyttä voidaan kuvata väärinpäin käännetyn U- kirjaimen kaltaiseksi. Tällöin suorituskky ja vireystila kasvavat yhtenäisesti tiettyyn rajaan saakka, jonka jälkeen vireystilan jatkaessa kasvuaan, suorituskky kääntyy voimakkaaseen laskuun. (Kauranen 2017, 252.)

Vaaratilanteen aiheuttaman hetkellisen stressin ja siitä seuranneen vireystilan ko- hoamisen tavoitteena on ihmisen selviytymisen takaaminen. (De Ruiter, Gamble, Pizer Gueron, Kibet & O' Reilly 2018, 213–214). Vireystilan aktivoituminen trauman aiheuttamana vaikuttaa suuresti ihmisen toimintaan ja informaation prosessointiin.

Traumaärsykkeet aktivoivat nopeasti autonomisen hermoston, joka puolestaan viritteää trauman kohdanneen joko hallitsemattomaan yli- tai alivireystilaan. Tämä aiheuttaa ongelmia vireystilan jatkuessa vaaran jälkeen. (Ogden ym. 2006, 27.)

Ylivireystilaan kuuluu moninaisia oireita, kuten ylivalppautta sekä herkistynyt reagointi ulkoisiin ärsykkeisiin esimerkiksi kosketukseen ja ääniin. Oireina voi ilmetä myös keskittymisvaikeuksia tai yksityiskohtien mieleen palauttamista. Ylivireystilaan usein liittyy myös voimakas psykosomaattinen oireilu, joka muistuttaa trauman kokenutta tapahtuneesta. Tämä ilmenee yleensä ylitsepääsemättömänä ahdistuksena tai pelkotiloina, joita lietsovat entisestään keholliset reaktiot kuten kohonnut syke. (De Ruiter ym. 2018, 213–214.) Krooninen tai yhtämittainen kipu on yhdistetty trauma-peräiseen stressihäiriöön. Tätä ilmiötä saattaa vahvistaa yksilön kokemaa ylivireystila ja ahdistus, joka taas ilmenee kehossa usein voimakkaana lihasjännityksenä. (De Ruiter ym. 2018, 212–213.)

Alivireystilaa leimaavat puolestaan yksilön turtuneisuus, kuoleman ja tyhjyyden tuntemus, passiivisuus sekä halvaantuneisuus. Alivireystilassa ihminen saattaa asettaa itsensä etäälle tapahtuneesta traumasta, jolloin sen työstäminen on haastavaa. Hui-pulta alaspäin suuntautuva työskentely estyy sekä yli- että alivireystilassa, eikä informaation käsittely kognitiivisella tasolla onnistu. (Ogden ym. 2006, 27.)

Vireystilaa ja kykyä säädellä sitä voidaan tarkastella sietoikkunan kautta. Sopivalla vi-reysvyöhykkeellä vireystilassa tapahtuu luonnollisia muutoksia, mutta ne eivät aiheuta yksilössä merkittävää ja jatkuvaa yli- tai alivirittymistä. Tällöin voidaan puhua yksilön sietoikkunan, sopivan vireysvyöhykkeen, leveydestä. Mikäli sietoikkuna on leveä, on yksilön sitä helpompi suhtautua ja toimia myös ääripäissä olevien vireystilojen kanssa. Tällöin ihminen kykenee käsittelemään runsaasti ärsykeitä sisältävää informaatiota. Sietoikkunan kaventuessa muuttuvat kokemukset eri vireystilojen vaihteluista hallitsemattomiksi aiheuttaen häiriötiloja. (Ogden ym. 2006, 28–29.)

Tavallisesti ventraalisen vaguskompleksin vagaalinen jarrumekanismi säätelee sekä sympaattista hermostoa että dorsaalista vaguskompleksia. Kun ventraalisen vaguskompleksin sosiaalisen liittymisen järjestelmä epäonnistuu toistuvasti tarjoamaan

turvallisuuden tunnetta, se ikään kuin sammuu. Tällöin menetetään ventraalisen vaguskompleksin vagaalinen jarru, jolloin sympaattinen hermosto tai dorsaalinen vaguskompleksi yliaktivoituvat ja vireystila siirtyy sietoikkunan ulkopuolelle. (Ogden ym. 2006, 32–33.) Quillman (2013, 358) kuvaa tätä ilmiötä autonomisen hermoston säätelyn häiriönä. Tämä ilmenee trauman kohdanneilla kyvyttömyytenä rauhoittaa itseään, jolloin autonominen hermosto on jatkuvassa kiihtyneessä tilassa, tai päinvastoin turtuneisuutena, jolloin ihmisen koko keho kytkeytyy pois päältä. Kehossa tämä ilmenee esimerkiksi hengityksen, verenkierron ja verenpaineen kohoamisena tai laskuna, jolloin yksilö on ”kroonisesti sietoikkunan ulkopuolella”. (Quillman 2013, 358.)

2.6 Dissosiaatio ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio

Dissosiaatio on yksi ihmisen keinoista selviytyä kohtaamastaan kriisistään, jolloin traumatisoitumisen yhteydessä tapahtuu tunteiden, ajatusten ja tekojen eriytyminen (Sarajuuri, Ilvonen, Koskinen & Paavola 2019, 191). Dissosiaatioon käsitteenä on kuitenkin liittynyt erilaisia merkityksiä, ja termin käyttö on ollut moninaista ja osin sekaavaa (Leikola 2014, 54–55). Tästä syystä on hyvä tarkentaa dissosiaatioon liittyviä teemoja. Tässä luvussa tarkastellaan dissosiaatiota trauman näkökulmasta sekä käydään läpi lyhyesti myös persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota.

Vireystila liittyy myös dissosiaation ilmenemiseen. Ogden ym. (2006, 37) kirjoittavat, kuinka tapahtuman kulun ja sen aiheuttamien tuntemuksien, aistimuksien ja reaktioiden yhdistäminen tapahtuu silloin, kun turvallisuuden tunne on saavutettu ja vireystila on palannut sietoikkunaan. Tällöin tiedon käsittely helpottuu ja tapahtuman aikana dissosioituneet kokemukselliset tekijät ovat mahdollista yhdistää ehjäksi kokonaisuudeksi kognitiivisella, emotionaalisella sekä sensorimotorisella tasolla. (Ogden ym. 2006, 37.) Yhdistäminen eli integraatio on dissosiaation vastakohta. Tällöin ihmisen persoonallisuuden eri tekijät minä- kokemusta myöden, muodostavat ehjän ja yhtenäisen kokonaisuuden. Kokemusten integraatio yhtenäiseksi elämäkuluksi on ihmisille sisäsyntyistä ja auttaa muodostamaan yksilön minäkokemuksen, joka erottaa menneen ja nykyhetken toisistaan. (Boon, Steele & Van der Hart 2011, 6.)

Tilanteen luonteella on vaikutusta yksilön kykyyn integroida se osaksi omaa elämänpolkuaan. Mitä yllättävämpi ja vähemmän yhteensopiva tilanne on verrattuna ihmisen maailmankatsomukseen, sitä vaikeampaa traumaattisen tapahtuman osatekijöitä on yhdistellä käsiteltäväksi ehjäksi kokonaisuudeksi ja osaksi yksilön omaa maailmaa. Trauman kokenut ihminen ei välttämättä itse edes tiedosta tapahtuneen aiheuttamaa psyykkistä epäyhteneväisyyttä. (Sarto- Jackson 2018, 23.)

Dissosiaatiota tapahtuu usein traumaattisten kokemusten jälkeen, jolloin yksilön ylitai alivireystila estää tapahtumaan liittyvien tunteiden, ajatusten, muistojen ja sensorimotoristen reaktioiden yhdistämisen. Tämä vaikuttaa myös trauman työstämisen vaikeutumiseen, vaikka vireystila olisikin saatu palautettua sopivaan sietoikkunaan. Myöhemmin tietyt ärsykkeet voivat laukaista yksilössä traumaan liittyvien kokemuksellisten tekijöiden osasia, mutta niitä ei yhdistetä tapahtuneeseen traumaan. (Ogden ym. 2006, 37.) Quillman (2013, 358) puolestaan liittää dissosiaation polyvagaalisen teorian esittämään dorsaalisen vaguskompleksin toimintaan, jolloin ihminen traumaattisen tapahtuman aikana jähmettyy puolustuskeinona.

Dissosiativisten oireiden esiintyminen saattaa olla yleisempää lapsuudessaan pitkäkestoisen ja jatkuvan traumaattisen tapahtuman uhreilla kuin yksittäisen traumaattisen tilanteen kokeneilla (Scheffers, Hoek, Bosscher, van Duijn, Schoevers & van Buschbach 2017, 2–3). Etenkin kehotietoisuudella uskotaan olevan yhteys dissosiaatioon. Dissosiaatioon voi liittyä myös somaattisia piirteitä, kuten analgesiaa. (Scheffers ym. 2017, 6.)

Dissosiaatiossa persoonallisuus jakautuu. Persoonallisuuden jakautuminen auttaa trauman kokenutta jatkamaan elämäänsä sulkemalla ahdistavan tapahtuman pois mielestään ja itsestään. Traumaattinen kokemus etäännytetään ja traumaan liittyviä ärsykejä vältellään. Kuitenkin toinen puoli persoonasta tiedostaa traumaan liittyvät muistot ja herkistyy sen ärsykeille aiheuttaen yksilössä intensiivisiä vireystilojen muutoksia. (Ogden ym. 2006, 38.) Ogden ym. (2006, 38) kuvailee ilmiötä seuraavasti: *” Vaikka traumasta kärsivät kykenevätkin pitämään vireystilansa sietoikkunan puitteissa välttämällä muistoja ja traumaärsykejä, he ovat dissosioituneet minuutensa toisesta osasta, joka elää traumaa uudelleen.”*

Trauman teoriaan liittyy olennaisesti persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio, eli niin kutsuttu PRD- teoria. Leikola (2014, 106) luonnehtii persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota traumaan liittyväksi häiriöksi, jossa yksilön persoonallisuus on jakaantunut erilaisiin osiin, prototyyppeihin. Kullakin prototyypillä on oma, toisista persoonallisuuden rakenteista eriytynyt minä- kokemus. Kun yksilöllä ei ole riittäviä psyykkisiä voimavaroja eheän, integroidun kokemuksen muodostamiseen tapahtuneen ja persoonan välille, persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio auttaa yksilöä sopeutumaan tilanteeseen. (Leikola 2014, 106.) Leikola (2014, 107) kuitenkin tähdentää eroa persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation ja psykologisten puolustusmekanismien välillä. Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio on enemmänkin pysyväluonteinen rakenne, kun taas psykologiset puolustusmekanismit viittaavat yksilön toimintaan (Leikola 2014, 107).

Ominaista persoonallisuuden osille on niiden toisiaan estävä, inhiboiva vaikutus. Eriytyneen persoonallisuuden prototyypit voidaan jakaa emotionaaliseksi persoonallisuuden osaksi ja näennäisen normaaliksi persoonallisuuden osaksi, joista kummallakin prototyypillä on omat toimintajärjestelmänsä. Emotionaaliseen persoonallisuuden osaan kuuluu traumaan liittyviä muistoja sekä puolustautumisen toimintajärjestelmän osasia, jotka olivat aktiivisena traumaattisen kokemuksen aikana. Näennäisen normaaliin persoonallisuuden osaan liittyy päivittäiseen elämään kuuluvia toimintajärjestelmiä, joiden tavoitteena on tukea yksilön selviytymistä ja niin kutsuttua lajityyppillistä käyttäytymistä. Näistä tekijöistä muodostuu yksilön persoonallisuuden kokonaisuus. (Leikola 2014, 111.)

Persoonallisuuden dissosioituneet osat toimivat irrallaan toisistaan ja aktivoituvat usein ennakoimattomasti ja tahdosta riippumatta. Tämä saattaa aiheuttaa yhdistämisen vaikeutta myös muilla elämän osa-alueilla, jolloin yksilön elämän tapahtumat ja kokemukset jäävät irrallisiksi toisistaan. (Leikola 2014, 111.) Leikola (2014, 111) kiteyttää persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation seuraavanlaisesti: *”Näin rakenteellinen dissosiaatio käsittää, yksinkertaistetusti sanottuna, vähintään kahden erityyppisen persoonallisuudenosan aktivaation jollakin tavalla hallitsemattoman vaihtelun ja/ tai vuorottelun.”*

3 Psykofyysinen fysioterapia trauman näkökulmasta

Psykofyysinen fysioterapia on pohjoismaissa kehitetty fysioterapian menetelmä ja tästä johtuen englanninkielisessä kirjallisuudessa termiä ”psykofyysinen fysioterapia” ei ole. Kun suomenkielisessä kirjallisuudessa puhutaan psykofyysisestä fysioterapiasta, tarkoitetaan sillä pohjoismaissa muotoutunutta fysioterapian lähestymistapaa, joka sisältää eri menetelmiä kehon ja mielen yhteyden kehittämiseen. Tässä opinnäytetyössä psykofyysisen fysioterapian menetelmistä keskitytään norjalaisten kehittämään psykofyysiseen fysioterapiaan, joka englanninkieliseen tutkimuskirjallisuuteen on käännetty terminä Norwegian psychomotor physical therapy (NPMP) sekä ruotsalaisten kehittämään Basic Body Awareness Therapy- menetelmään (BBAT). Yleisenä käsitteenä psykofyysisestä fysioterapiasta englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa käytetään myös nimityksiä Body and Mind therapy tai Body Awareness therapy.

3.1 Psykofyysinen fysioterapia menetelmänä

Keskeisenä ajatuksena psykofyysisessä fysioterapiassa on yksilön toimintakyvyn, voimavarojen ja liikkumisen vahvistaminen kokonaisvaltaisesti. Psykofyysisessä lähestymistavassa ihminen nähdään kokonaisvaltaisena toimijana, jossa sekä fyysinen että psyykinen puoli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Kauranen 2017, 522.) Bergland, Fromholt Olsen & Ekerholt (2018, 2) kuvailevat psykofyysistä fysioterapiaa prosessimaisena menetelmänä, jossa harjoittelun, hieronnan ja reflektion avulla pyritään saamaan aikaan muutosta kehon muuntuneisiin toimintoihin. Ekerholt & Gretland (2018, 52) puolestaan kiteyttävät psykofyysisen fysioterapian perusajatuksen tunteiden ja kehon toimintojen tiiviiseen yhteyteen ja niiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. Mielen ja kehon yhteys toisiinsa sekä niiden muodostaman kokonaisuuden ymmärtäminen on tärkeässä roolissa psykofyysisessä fysioterapiassa (Kinunen 2016, 20–21).

Biologis-lääketieteellisen lähestymistavan sijaan yksilöä ja hänen kehon toimintojaan tulisi tarkastella hänen omasta viitekehystänsä, joka on muodostunut elämäkokemusten kautta. Voidakseen ymmärtää kehon erilaisia toimintoja ja niiden häiriöitä, on tunnettava ihmiskeho kokonaisvaltaisesti ja tiedostettava myös tunne-elämän ja psyykeen vaikutukset kehossa. Psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluu arviointi- ja terapiamenetelmiä, joiden avulla yritetään ymmärtää kehon ja mielen yhteyttä ja yhtenäisyyttä. (Ekerholt ym. 2018, 52.) Psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet terapiatyössä ovat muun muassa kivun lievittäminen, rentoutuminen, stressin hallinta tai kehotietoisuuden ja kehohallinnan lisääminen ja sitä kautta itsetuntemuksen kehittyminen ja eheytyminen (Kauranen 2017, 522). Psykofyysisen fysioterapian asiakkailta on usein taustalla psykosomaattista oireilua, masennusta, ahdistusta sekä pitkäaikaisia ja laaja-alaista kipuilua, jolle ei tunnu löytyvän selittävää syytä (Bergland ym. 2018, 2).

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskiössä on ajatus resiprokaalisesta kehon ja mielen suhteesta, jossa traumaattiset kokemukset ja niiden jättämät vaikutukset voivat näkyä kehossa muun muassa lihasjännityksenä, kehon autonomisina toimintahäiriöinä, hengityksen muutoksina, liikerajoituksina sekä toisaalta myös tunne-elämän säätelynä ja rajoittuneisuutena. Hengitys on merkittävässä roolissa emootioiden säätelyssä ja se on tärkeä osa psykofyysisessä fysioterapeuttisessa tutkimisessa. Suojellessaan itseään traumaattisilta muistoilta yksilö kehittää erilaisia kehollisia jännitystiloja ja rajoituksia. Mikäli nämä yksilön muodostavat suojakeinot alkavat heikkenemään, saattaa se voimistaa traumaan liittyviä tunteita ja muistoja, joka taas heikentää kehollista tasapainoa ja hallinnan tunnetta. (Ekerholt ym. 2018, 52.)

3.2 Kehollinen työskentely

Terapiasuhteeseen psykofyysisessä fysioterapiassa muodostuu asiakkaan ja terapeutin välisestä vuorovaikutuksesta. Tavoitteena on luoda käsitystä asiakkaan esille nostamista haasteista, hänen taustastaan sekä voimavaroistaan. Vuorovaikutus tapahtuu sanallisesti, mutta samalla havainnoidaan myös asiakkaan kehollisia reaktioita sekä ilmaisua eri asennoissa. Tutkiminen etenee jatkuvassa dialogissa asiakkaan kanssa,

jossa yhdistyy myös kokemuksellisuus. Tällä tavoin herätellään kehotietoisuutta, jolloin yksilön reaktioita sekä toimintamalleja voidaan havainnoida tutkimuksen aikana. Palpoimalla saadaan tunnusteltua lihasjännityksiä samalla tarkkaillen hengitystä ja liikehdintää. On tärkeää rohkaista asiakasta kokeilemaan uusia tapoja olla ja toimia kehossaan oppiakseen huomaamaan aiemmat muodostuneet tottumukset. Kokemuksellisuus ja sen kautta oppiminen omasta kehostaan ovat psykofyysisen fysioterapian kulmakiviä. (Ekerholt ym. 2018, 53–54.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa tutkimisen painopisteet ovat erityisesti asiakkaan ryhdissä ja asennossa, hengityksessä, motorisissa ja autonomisissa reaktioissa. Näissä teemoissa tarkastelu kiinnittyy asiakkaan joustavuuteen, vakauteen sekä painovoiman voittamiseen. Terapeutin tehtävänä on herätellä asiakkaan huomio hänen kehollisiin tapahtumiinsa sekä voimavaroihin ja tällä tavoin ohjata asiakasta kuuntelemaan kehonsa eri nyansseja. (Ekerholt ym. 2018, 54.) Kehollinen työskentely on olennainen osa terapiaprosessia psykofyysisessä fysioterapiassa. Dragesund & Øien (2019, 834) nostavat esiin kehollisen työskentelyn elementtejä terapiassa käytettyjen liikkeiden avulla, joihin kuuluu maadoittumisen, tasapainon ja rentoutumisen osia.

Oppiessaan kuuntelemaan kehoaan asiakasta voidaan rohkaista seuraamaan kehon tuottamia viestejä, kuten rentouttamaan lihaksia, sallimaan jonkin liikkeen tai ilmaisemaan itseään kehollaan. Yksilö tulee tietoisemmaksi kehostaan ja lisääntyneen kehotietoisuuden sekä kokemuksellisen oppimisen avulla hän uskaltaa kokeilla itselleen asettamiaan kehonsa rajoja. Terapeutin tulee tällöin keskittyä asiakkaan hengityksen, lihasjännityksen, asennon sekä liikkeiden aiheuttamien vasteiden tarkkailuun ja niiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. (Ekerholt ym. 2018, 54.) On myös tärkeää tiedostaa, miten eri tavoin voi asiakasta koskettaa. Kosketus voi olla luonteeltaan rauhoittavaa ja rentouttavaa tai manuaalisiin tekniikoihin painottuvaa. (Kinnunen 2016, 26–27.)

Psykofyysinen fysioterapia tähtää yhdessä asiakkaan kanssa tapahtuvaan ratkaisujen ja selviytymiskeinojen etsimiseen asiakkaan vallitsevaan tilanteeseen. Tavoitteena on oppia yhdistämään kehollisia, sensorimotorisia kokemuksia emotionaalisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. Asiakasta autetaan ymmärtämään aikaisempien kokemusten

vaikutus hänen totuttuihin liike- ja asentotapoihinsa sekä tiedostamaan kehon antamia signaaleja. Tällä tavoin asiakas löytää hallinnan tunteen kehoonsa. (Kauranen, 2017, 522–523.) Psykofyysinen fysioterapia tukee täten eheämmän minä- kokemuksen rakentumista ja aiempien kokemusten integroitumista osaksi yksilön elämänpolkuja.

Psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutin herkkyydellä kuunnella, tuntea ja havainnoida asiakkaan reaktioita on erityinen merkitys. Intuition kehittyminen asiakastyössä on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan yhdistää kehollisia reaktioita ja tapoja asiakkaan tuottamaan kontekstiin. Psykofyysinen fysioterapia on pitkälti lähellä asiakasta tapahtuvaa, niin sanotusti ”kädet kiinni” asiakkaassa, mutta siihen sisältyy havainnointi myös muiden aistikanavien kautta. (Ekerholt ym. 2018, 54.) Oman haasteensa keholliseen työskentelyyn luo terapeutin ja asiakkaan keskinäinen vuorovaikutus, johon sisältyy niin asiakkaan kuin fysioterapeutin keskittyminen käsillä olevaan tilanteeseen ja sen synnyttämän reflektion läpi käyminen (Dragesund & Øien 2019, 834).

Basic Body Awareness therapy eli BBAT- menetelmä on osoittautunut toimivaksi kuntoutusmuodoksi psykosomaattisten sairauksien sekä kroonisen kivun hoidossa (Bergland ym. 2018, 2). BBAT-menetelmässä painotus on tietoisessa liikkumisessa sekä liikkeen syntymisen ja kehittymisen tiedostamisessa. Kun ihminen on läsnä liikkeen toteuttamisessa ja kokemisessa, liike muuttuu osaksi yksilöä. Tällä tavoin yksilöä kannustetaan muuttamaan aiemmin opittuja liiketapoja sekä lisäämään tietoisuutta omasta kehostaan. (Skjaerven & Mattson 2018, 61–62.) Liikkeen laatu on merkittävä osa BBAT- menetelmää ja asiakkaan havainnointia. Liikkeen laadun arviointiin kuuluvat ryhdin tasapaino, vapaa hengitys sekä henkinen tietoisuus. (Skjaerven & Mattson 2018, 62–63.)

3.3 Psykofyysisen fysioterapian hyödyntäminen trauma-asiakkaiden kanssa tutkimustiedon valossa

Englanninkielisessä kirjallisuudessa termiä psykofyysinen fysioterapia ei ole, jolloin kansainvälisiä tutkimusartikkeleja etsiessä on käytettävä erityyppisiä hakusanoja.

Opinnäytetyössä etsittiin tutkimuksia hakusanoilla *physiotherapy and mental health*, *physiotherapy and psychomotor therapy*, *psychomotor therapy and experiences*, *physiotherapy and body awareness* sekä *physiotherapy and traumatized*. Haku rajattiin ajalle 2007–2021 sekä vertaisarvoituihin tutkimuksiin.

Psykofyysisen fysioterapian yhtenä tavoitteena on luoda uudelleen suhdetta sekä yhteyttä yksilön omaan kehoon ja sitä kautta eheyttää kehonkuvaa ja -kontrollia. Traumaattisen kokemuksen myötä ihmisen suhtautuminen omaan kehoonsa voi muuttua hyvinkin kielteiseksi. Tutkimustietoa aiheesta löytyy esimerkiksi Scheffersin ym. (2017,3–9) tutkimuksesta, jossa tarkasteltiin trauman kokeneiden naisten kielteisestä suhtautumista kehoonsa. Tutkimukseen osallistui 50 naista, joilla oli taustaa lapsuuden aikaisesta traumasta. Verrokkiryhmänä toimi aiempaan kehon kokemuksia tarkastelleeseen tutkimukseen osallistuneet naiset. (Scheffersin ym. 2017, 3–4.) Tutkimustulokset osoittivat, että trauman kokeneilla naisilla oli merkittävästi heikentyneet kehoon liittyvät kokemukset kaikilla mitatuilla osa-alueilla verrattuna toiseen ryhmään, jonka jäsenillä ei ollut traumataustaa. Esimerkiksi kehotietoisuus ja suhtautuminen omaan kehoon osoittautuivat heikommaksi verrokkiryhmään verrattuna. Myös dissosiativisia oireita ilmeni yleisesti korkea määrä. (Scheffers ym. 2017, 4–7).

BBAT- menetelmästä traumapotilaiden kuntoutuksessa löytyi tutkimus, jossa vertailtiin BBAT- menetelmän ja fyysisen aktiivisuuden lisäämistä perinteiseen traumapotilaiden hoitopolkuun, johon kuului lääkärin sekä psykologin käynnejä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli pakolaisia, joiden taustalta löytyi muun muassa kidutuksen, vangitseminen tai seksuaalisuutta loukkaavaan väkivallan uhriksi joutuminen. Tutkimuksessa osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään; kontrolliryhmään, jossa kuntoutus tapahtui tavanomaisen kuntoutuspolun mukaisesti vain lääkärin ja psykologin käynnein sekä kahteen vertailuryhmään, jossa toisessa kuntoutuksessa hyödynnettiin fysioterapeutin käyttämää BBAT- menetelmää ja toisessa fysioterapeutin suunnittelemaa fyysistä aktiivisuutta lisäävää ohjelmaa. Osallistujia oli kaiken kaikkiaan 318. (Sticker Nordbrandt, Sonne, Mortensen & Carlsson 2020, 1–11.)

Kaikissa ryhmissä tapahtui pientä, mutta merkittävää muutosta kuntoutuksen aikana. BBAT- menetelmä ei kuitenkaan noussut esiin erityisesti parempana menetelmänä

kuntoutuksen lopputuloksen kannalta verrattuna tavanomaiseen kuntoutuspolkuun. (Sticker Nordbrandt ym. 2020, 8.) Sticker Norbrandt ym (2020, 8–10) esittävät aiempien tutkimuksien osoittavan kuntoutuksen aikaansaamien vaikutusten olevan pienempiä pakolaisilla kuin muilla traumapotilailla, johon voivat vaikuttaa pakolaisten erityyppiset traumakokemukset sekä traumojen kroonistuminen.

BBAT- menetelmän vaikutuksista mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen, ahdistukseen ja persoonallisuuden häiriöihin sekä kehollisiin oireisiin on löydetty näyttöä. Tutkimusten mukaan BBAT- menetelmää hyödyntäneet potilaat käyttivät vähemmän sosiaali- ja mielenterveyspalveluita sekä BBAT-menetelmä lisäsi terapiaan osallistuneiden itsenäistä toimintaa. (Lundvik Gyllensten ym. 2018, 153.) BBAT- menetelmän vaikutuksesta traumaperäiseen stressihäiriöön on myös tutkittu. Tutkimuksen kohderyhmänä oli seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kohdanneet naiset. Tulokset osoittivat, että BBAT- menetelmään osallistuneiden asiakkaiden kokemat oireet vähenivät sekä minäkuva, että kyky rakastaa itseään kehittyvät. (Lundvik Gyllensten 2018, 154.)

Psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia yksilön terveyteen elämänlaadun, kivun, selviytymiskeinojen, itsetunnon ja sosiaalisen tuen näkökulmasta on myös tutkittu. Tutkimukseen osallistui 105 henkilöä, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Toisen ryhmän jäsenet osallistuivat psykofyysiseen fysioterapiaan kerran viikossa puolen vuoden ajan, kun taas verrokkiryhmän jäsenille ei tarjottu psykofyysistä fysioterapiaa. Tutkimuksen ensisijaisina muuttujina tarkasteltiin yksilön kokemuksia fyysisestä toimintakyvystä, tunne-elämästä, kehon kivusta, yleisestä terveyden kokemisesta, elinvoimaisuudesta, sosiaalisesta toimintakyvystä sekä mielenterveydestä. Toissijaisina muuttujina tarkasteltiin kipua, selviytymiskeinoja, itsetuntoa sekä sosiaalista tukea. (Bergland ym. 2018, 2–6.)

Kuuden kuukauden kuluttua oli havaittavissa selkeää muutosta sen ryhmän tuloksissa, jotka osallistuvat psykofyysiseen fysioterapiaan. Kyseisen ryhmän tuloksissa oli huomattavaa parannusta kuudella eri osa-alueella; fyysinen toimintakyky, kehon ki-

vut, yleinen terveys, mielenterveys, sosiaalinen toimintakyky sekä vireys. Lisäksi tämän ryhmän jäsenet saivat parempia tuloksia itsetunnon suhteen sekä raportoivat kipujen vähentyneen. (Bergland ym. 2018, 6–10.)

Sama tutkimusasetelma oli myös Breitven, Hynnisen & Kvålen (2010, 212–221) tutkimuksessa. Heidän tutkimusasetelmassaan keskityttiin tarkastelemaan psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia yksilön subjektiivisiin terveysongelmiin sekä psykologisiin oireisiin. Tutkimus kesti kuusi kuukautta, mutta psykofyysiseen fysioterapiaan osallistunutta ryhmää seurattiin vielä 12 kuukauden jälkeisellä kartoituksella tutkimuksen aloittamisesta. (Breitve ym. 2010, 213–215.)

Tutkimuksen alkukartoituksessa suurimmiksi edustuksiksi nousivat muskuloskeetaaliset sekä pseudoneurologiset terveysongelmat, joista erottuivat selkeästi masennus- sekä ahdistusoireet, uniongelmat ja väsymys. Lisäksi 64 % vastaajista koki elämänlaatuunsa heikkona. Tutkimus osoitti, että psykofyysistä fysioterapiaa saaneiden osallistujien tulokset paranivat hieman tai keskimääräisesti kuuden kuukauden aikana. Kuitenkaan ryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja kuuden kuukauden kohdalla. Ainoastaan elämänlaadun kokeminen kehittyi paremmaksi psykofyysistä fysioterapiaa saaneilla verrattuna odotuslistalla oleviin. (Breitve ym. 2010, 215–216.) Terapiaa saaneiden tuloksissa havaittiin kuitenkin huomattavaa parannusta 12 kuukauden jälkeen tutkimuksen aloittamisesta (Breitve ym. 2010, 216–217).

Psykofyysistä fysioterapiaa harjoittavien fysioterapeuttien kokemuksia traumatisoituneen potilaan kehon kuuntelemisesta asiakastyössään sekä traumatisoituneen potilaan kehotietämyksen ja itsetuntemuksen kehittymisen hyötyä osana toipumisprosessia on myös tutkittu. (Ekerholt & Bergland 2019, 57–69.) Tutkimustuloksista kävi ilmi, kuinka traumaattisen kokemuksen kohdanneet saattoivat joko reagoida voimakkaasti autonomisen hermoston ärsykkeisiin tai päinvastoin olla täysin turtia. Fysioterapeutit saattoivat havaita heikkoa autonomisen hermoston ärsykkeiden sietokykyä, joka ilmeni voimistuneina kehon stressireaktioina. Nämä reaktiot ilmenivät usein hengityksen tai lihasjännityksen muutoksina tai autonomisina reaktioina. Näitä reaktioita pystyttiin myöhemmin yhdistämään asiakkaiden kertomiin traumaattisiin tapahtumiin, jotka kielivät tukahdutetuista tunnetiloista. Tuloksista nousi esiin myös

fysioterapeuttien kyky mukauttaa toimintaansa sekä hyödyntää rauhoittavia keinoja, jotta asiakas pystyi käsittelemään voimakkaita tunnetiloja. Erityisen tärkeää oli oppia tarkkailemaan asiakkaiden ”pakene- taistele” reaktioita, persoonallisuuden dissosioitumista tai turtumusta. (Ekerholt 2019, 62–63.)

Trauman ilmenemistä terapiasuhteessa olevissa asiakkaissa on tutkittu myös Ekerholtin, Schaun, Mathismoen & Berglandin (2014, 312–318) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin terapeuttien ymmärrystä asiakkaistaan sekä yhtäaikaista terapiaprosesseista. Haastateltavana tutkimuksessa olivat psykologi sekä psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti. (Ekerholt ym. 2014, 312–313.) Traumatisoituneiden asiakkaiden kohdalla psykoterapia oli ensisijainen terapiamenetelmä, sillä emotionaalinen ja mentaalinen ahdistus olivat asiakkaiden suurimmat haasteet. Fysioterapeutin tekemät havainnot asiakkaan kehosta ja sen toiminnasta usein tukivat psykoterapiaan ohjausta. Tutkimuksesta ilmeni trauma-asiakkaiden taipumus dissosiaatioon ahdistavien muistojen ja sen aiheuttamien tuntemuksien välttämiseksi. (Ekerholt ym 2014, 315.)

Kehon erilaiset reaktiot herättivät asiakkaissa ahdistusta ja hallinnan tunteen menettämistä luoden omat haasteensa kehotietoisuuden vahvistamiselle. Tutkimus nosti esiin psykofyysisen fysioterapian ja psykoterapian merkityksen rinnakkaisina terapiamuotoina trauman kohdanneilla asiakkailla sekä lisänneen potilaan kehon tunteesta ja emootioiden ja kehon reaktioiden yhteyttä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että joillekin asiakkaille rinnakkain toteutuneet terapiamuodot olivat liian raskaita, ja asiakkaat kykenivät luottamaan vain yhteen ihmiseen kerrallaan. (Ekerholt ym. 2014, 315.)

3.4 Traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta tutkimusten mukaan

Potilaiden kokemuksia liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan ovat tutkineet Danielsson & Rosberg (2015), jotka tarkastelivat tutkimuksessaan vakavasti masentuneiden

potilaiden kokemuksia BBAT- menetelmästä. Tutkimukseen osallistui 15 masennuspotilasta, jotka olivat osallistuneet psykofyysiseen fysioterapiaan, ja jossa menetelmänä käytettiin BBAT- menetelmää. (Danielsson & Rosberg 2015.)

Tutkimustuloksia tarkasteltiin eri osatekijöiden kautta, joita aineistosta oli noussut. Potilaat kokivat ”elinvoimaisuuden lisääntymisen” muun muassa hengityksen ja liikkeen vapautumisena, spontaaneina huokauksina ja haukotuksina, kävelytahdin muuttumisena tai lihastuntemusten muutoksina niitä venytettäessä ja rentouttaessa. ”Itsensä juurruttamiseen” liitettiin ajatuksia oman painon tuntemisesta liikkeiden aikana eri asennoissa sekä liikkeiden oikeanlaiseen tuottamiseen koordinaation ja tasapainon ylläpidon suhteen. Omien tunnetilojen yhdistäminen kehon reaktioihin oli osana ”kehon toimintatapojen tunnistamista”. (Danielsson ym. 2015.)

Tuloksista ilmeni oivalluksia harjoitteiden aikana, kuinka esimerkiksi stressiä aiheuttavat tilanteet tuntuvat kehossa jännityksenä. Samalla tutkittavien ymmärrys koettujen elämän tapahtumien vaikutuksesta kehon tuntemuksiin kasvoi. Lisäksi potilaat kokivat tärkeäksi luottamuksen rakentumisen tilaan, ryhmään sekä fysioterapeuttiin ja tulla hyväksytyksi sellaisena kuin on. Tuloksista kävi ilmi, että BBAT- menetelmä herätti tukittavissa myös kielteisiä sekä ahdistavia tuntemuksia. Terapiajakson aikana BBAT- menetelmän harjoitteet haastoivat tutkittavia, niin positiivisella kuin negatiivisellakin tavalla. Erityisesti hitaat ja hiljaiset liikkeet tuntuivat yllyttävän ahdistusta ja stressiä. (Danielsson ym. 2015.)

BBAT-menetelmään osallistuneiden asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemuksista löytyy myös tutkimustietoa. Tähän tutkimukseen osallistui 44 henkilöä, joista 20 osallistujaa olivat satunnaisesti valittuja terveitä henkilöitä, 13 fysioterapeuttia sekä 11 psykiatrissa kuntoutusta saanutta asiakasta. (Lundvik Gyllensten, Skär, Miller & Gard 2010, 439–441). Tuloksissa nousi esiin yhteyden löytyminen omaan kehoonsa ja sitä kautta oman identiteetin vahvistaminen sekä itsensä kokeminen kehostaan käsin. Tuloksista kävi ilmi myös kehon jännityksien havainnoiminen ja niihin puuttuminen esimerkiksi asentoa vaihtamalla, ennen kuin jännitys muuttui kivuksi. (Lundvik Gyllensten ym. 441–444.)

Merkityksellisimmiksi kokemuksiksi kuvailtiin fyysisten tunteiden tunnistaminen ja niiden liittäminen tunnetiloihin. Hengitys oli tärkeänä osana emootioiden tunnistamisessa ja tiedostamisessa. Kehotietoisuuden kehittyminen fyysisten ja emotionaalisten tunteiden yhdistämisen kautta liitettiin vastauksissa itsevarmuuden kehittämiseen. Kokemus kehollisesta identiteetistä vahvistui myös sosiaalisen kanssakäymisen kautta ja suhde muihin ihmisiin koettiin tärkeänä tarpeena. Muiden ihmisten kosketus antoi kokemuksen siitä, että on elossa. Omien tarpeiden ymmärtäminen ja sitä kautta oman kehotietoisuuden kehittyminen auttoivat ja lisäsivät sosiaalista kanssakäymistä. Kehotietoisuuden kehittämiseen liitettiin myös ajatuksia voimaantumisen, tyytyväisyydestä ja rauhasta itsensä kanssa. (Lundvik Gyllensten ym. 441–444.)

Trauman kokeneen asiakkaan tunteita psykofyysisen hoitoprosessin edetessä kuvataan Svilandin, Råheimin & Martinsenin (2012, 811–819) case-tutkimuksessa. Tutkimusartikkelissa tuodaan esiin asiakkaan kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta hoitoprosessin kestäessä noin kymmenen vuotta. Taustalla asiakkaalla oli seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan uhriksi joutuminen. (Sviland ym. 2012, 811–813.) Psykofyysisen fysioterapian hoitoprosessin aikana asiakas kuvasi saaneensa kokemuksen omasta olemassaolostaan ja kehonsa rajoista erään harjoituksen avulla, jossa hyödynnettiin vastusta aktivoimaan lihasvoimaa. Harjoitus palautti tunteita traumaattisesta tapahtumasta, mutta surun lisäksi asiakas koki myös iloa oman kehonsa hahmottamisesta. (Sviland ym. 2012, 813–814.) Hoitoprosessin aikana työstiin myös asiakkaan voimakasta lihasjännitystä, jonka väistyessä asiakas koki hengityksensä vapautumisen sekä mielihyvää. Asiakas kertoi kokeneensa myös rentoutumista sekä yhteyttä nykyhetkeen nyt, kun hän kykeni hengittämään vapaasti. Tutkimuksesta nousi esiin myös koskettamisen rentouttava ja rauhoittava vaikutus asiakkaaseen. (Sviland ym. 2012, 815–816.)

Psykofyysisen fysioterapian edetessä kehon tuottamat tunteet palauttivat mielikuvia menneisyydestä. Kehollisten tunteiden ymmärtäminen sekä kokemukset kosketuksesta ja vastuksesta lisäsivät asiakkaan käsitystä omasta olemassaolostaan ja kehonsa rajoistaan. Asiakas oli kuvaillut, kuinka hänen vatsassaan oli ”suuri musta tyhjä tila”, eräänlainen mörkö. Terapian aikana hän kuitenkin oppi löytämään keinoja

rauhottaa ja puolustaa itseään sekä muuttamaan käsitystään itsestään ja kehostaan. Kehosta löytyi myös turvapaikkoja, josta hän pystyi rajaamaan pahantekijät pois. (Sviland ym. 2012, 811–819.)

Asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta on tarkasteltu myös kahdessa muussa tutkimuksessa, joista toinen oli myös case- tutkimus ja toiseen osallistui useampi tutkittava (Sviland, Martinsen & Råheim 2018, 363–374; 2014, 609–624). Case-tutkimuksen asiakkaalla oli taustallaan lapsuudessa koettuja traumoja, joihin liittyivät äidin vakava sairastuminen, haastava perhedynamiikka sekä kiusaamiskokemukset (Sviland ym. 2018, 363–374). Toinen tutkimus perehtyi pitkäaikaisista lihasperäisistä kivuista kärsivien asiakkaiden ajatuksiin psykofyysisestä fysioterapiasta (Sviland ym. 2014, 609–624). Molemmissa tutkimuksissa nousi esiin, kuinka asiakkaat kokivat tärkeimmiksi tekijöiksi luottamuksen syntymisen sekä riittävän ajan mahdollistamisen psykofyysisessä fysioterapiassa. Ajan ja kiireettömyyden mahdollistaminen antoi asiakkaalla tunteen luottamuksesta ja turvallisuuden tunteesta terapeuttia kohtaan. (Sviland ym. 2014, 614–616; Sviland ym. 2018, 363–366.)

Case- tutkimuksessa asiakkaan kehotietoisuuden lisääntyminen ilmeni siten, että terapian aikana hän koki menneisyytensä palautuvan kehollisina tuntemuksina. Psykofyysisen fysioterapian jatkuessa hän oppi yhdistämään kehollisia tuntemuksia menneisyytensä kokemuksiin. Tällä tavoin asiakas koki pystyvänsä hyväksymään aistimusten synnyttämät reaktiot paremmin. Merkittävä virstanpylväs psykofyysisessä fysioterapiassa oli myös asiakkaan kokemus rauhan saavuttamisesta, jota työstettiin pitkään. Nukahtaminen plintille oli todellinen, fyysinen kokemus kyvystä rauhoittumiseen, joka vahvisti asiakkaan uskoa myös rauhan löytymiseen itsestään. (Sviland ym. 2018, 363–367.)

Toisessa tutkimuksessa nousi esiin myös asiakkaiden kokemukset kehollisen identiteetin oivaltamisesta, jossa tunteet ja keho luovat yhtenäisen kokonaisuuden. Keholliseen identiteettiin liittyi myös omien sairauksien ja kipujen syvempi ymmärrys kehon ja emootioiden yhteyden pohjalta. Kehollisen identiteetin vahvistuminen auttoi asiakkaita myös ”löytämään oman äänensä.” Muita asiakkaiden kokemuksia olivat

kuulluksi tulemisen tärkeys sekä kehon kontrolliin kuuluvat ajatukset, kuten hengitykseen vaikuttavat tekijät. (Sviland ym. 2014, 616–622.)

Øien, Iversen & Stensland (2007, 31–39) ovat myös tutkineet psykofyysiseen fysioterapiaan osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin erityisesti asiakkaiden kehollisia kokemuksia heidän oman kerrontansa kautta hoitoprosessin aikana. Tutkimukseen osallistui kaksi psykofyysisen fysioterapian asiakasta, jotka molemmat kärsivät kroonisesta selkäkivusta. Lisäksi tutkimukseen osallistuneilla oli myös taustallaan toistuvaa masennusta, ahdistusta, haasteita oman kehonkuvan kanssa, lihasjännitystä sekä hengityksen rajoittuneisuutta. (Øien ym. 2007, 31–33.)

Tutkimuksen alussa toinen asiakkaista kuvaili kokeneensa hänen mielensä ja kehonsa olleen kaksi toisistaan irrallista osaa (Øien ym. 2007, 34). Asiakkaan kertoman mukaan hänen mielensä ja kehonsa muuntuivat yhtenäisemmäksi kokonaisuudeksi terapian aikana. Asiakas kuvasi muutosta ”heräämiseksi”. Keho sai muunlaisen merkityksen, kuin vain asiakkaan liikuttajana paikasta toiseen, millaisena hän oli aiemmin kehonsa kokenut. Tutkimuksesta kävi ilmi myös, kuinka lihasjännityksen tiedostaminen auttoi toista asiakasta työstämään kehotietoisuuttaan ja ohjaamaan myös hengityksen vapauttamista. Myöhemmin psykofyysinen fysioterapia lisäsi myös asiakkaan kehontuntemusta ja kehotietoisuutta hänen koko kehostaan, kun aiemmin hän oli kokenut alaraajansa irrallisiksi omasta kehostaan. (Øien ym. 2007, 34–36.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa psykofyysisen fysioterapian asiakkaiden kokemuksista. Opinnäytetyö on suunnattu erityisesti psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneille fysioterapeuteille, jotka työskentelevät trauman kokeneiden asiakkaiden kanssa, mutta myös muille fysioterapeuteille ja terapiasuhteessa työskenteleville ammattiryhmille. Tieto traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa työskentelystä on tärkeää erilaisissa terapiasuhteissa. Trauman kokeneiden asiakkaiden kokemukset

auttavat myös osaltaan kehittämään psykofyysistä fysioterapiaa kohtaamaan traumatisoituneiden asiakkaiden tarpeita paremmin sekä syventämään ymmärrystä trauman ilmenemisestä yksilössä. Opinnäytetyön teoriaosassa avataan psykofyysisen fysioterapian käsitettä sekä traumaan ja ilmenemiseen liittyviä syitä sekä taustoja.

Opinnäytetyön tavoitteena on kyselylomakkeen avulla tutkia traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta sekä selvittää heidän kokemuksiaan liittyen kehotietoisuuteen ja kehonhallintaan ja näiden muutoksiin psykofyysisessä fysioterapiassa. Tavoitteena on tuottaa toimeksiantajalle käyttökelpoista tutkimustietoa asiakkaiden kokemuksista psykofyysisestä fysioterapiasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten traumatisoituneet asiakkaat kokevat psykofyysisen fysioterapian ja millaista apua he ovat kokeneet siitä saaneensa?
2. Ovatko asiakkaat kokeneet muutoksia turvallisuuden tunteessa ja vireystilan säätelyssä psykofyysisen fysioterapian hoitojakson aikana?
3. Millaisia kehollisia tai emotionaalisia kokemuksia asiakkaat ovat kokeneet psykofyysisen fysioterapian hoitojakson aikana?

5 Tutkimuksen toteutus ja aineiston analysointi

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Opinnäytetyön tutkimus toteutetaan yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajana on suomalaisessa kaupungissa toimiva kuntoutusalan yritys. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat toimeksiantajan psykofyysisen fysioterapian palveluita käyttävät asiakkaat. Toimeksiantajan yhteyshenkilön (2020) mukaan psykofyysiseen fysioterapiaan hakeudutaan pääsääntöisesti muun muassa kipujen tai syömishäiriöiden vuoksi, mutta terapian edetessä hoitoon hakeutumisen syyn taustalta löytyy usein trauma. Tällöin psykofyysinen fysioterapia keskittyy trauman vakauttamiseen. Osa

hakeutuu psykofyysiseen fysioterapiaan kuitenkin suoraan traumadiagnoosilla. (Toimeksiantajan yhteyshenkilö 2020.) Tutkimuksen toteutuksen aikana toimeksiantajan psykofyysisen fysioterapian palveluita käyttäviä asiakkaita on alle kymmenen.

Theseuksesta löytyy psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä niin ammattikorkeakoulujen kuin ylempien ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä, mutta niissä ei ole käsitelty psykofyysisen fysioterapian asiakkaiden kokemuksia. Aiheesta ei myöskään löytynyt pro gradu tai väitöskirjoja tutkittaessa Helsingin, Turun, Jyväskylän, Lapin, Joensuun tai Tampereen yliopiston tietokantoja. Kylmän & Juvakan (2012, 43) mukaan perusteita tutkimusaiheelle terveystieteellisessä tutkimuksessa voi olla useita, kuten aiheen perustelu terveyspalveluiden käyttäjien ja terveydenhuollon näkökulmasta. Tutkimusaiheen perustelun ei tarvitse tähdätä aina yleistettävyyteen tai ilmiön yleisyyteen, vaan tiedon tuottaminen tutkittavasta aiheesta on tärkeää (Kylmä & Juvakka 2012, 43).

Suomessa psykofyysistä fysioterapiaa ei ole juuri tutkittu. Yksi merkittävä suomalainen tutkimus liittyy psykofyysisen fysioterapiaan ja sen asiakkaiden kokemuksiin on Kansaneläkelaitoksen teettämä tutkimus vuodelta 2016. Tutkimuksessa Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari (2016, 1–70) tarkastelivat psykofyysistä fysioterapiaa kuntoutusmuotona. Näkökulmana oli psykofyysisen fysioterapian hyötyjen ja vaikutusten tutkiminen asiakkaiden ja ammattilaisten tuottamien kokemusten pohjalta. Tutkimukseen osallistui kolme psykofyysisen fysioterapian asiakasta ja viisi psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunutta fysioterapeuttia. Asiakkaiden taustat vaihtelivat mielenterveysongelmista keskus- ja ääreishermostoperäisiin oireisiin. (Härkönen ym. 2016, 11–12.)

Asiakkaiden kokemuksista nousi esiin kohtaamisen tärkeys luottamuksellisen ja turvallisen terapiasuhteen pohjana. Erityisen tärkeänä asiakkaiden kokemuksista ilmeni kiireettömyys ja kuulluksi tuleminen merkitys. Kohtaamisen merkitys nousi erityiseen asemaan myös vaikeissa tilanteissa, kuten kipukokemusten sanallistamisessa sekä niihin liittyvien emootioiden tunnistamisessa. (Härkönen ym. 2016, 14.) Toisena teemana asiakkaiden kokemuksista käsiteltiin kehollista eheytymistä. Keholliseen eheytymiseen liitettiin kehotietoisuuden kehittyminen, oman kehon hyväksyminen ja sitä

kautta kehosuhteen paraneminen. Yhtenä maininta kehollisesta eheytymisestä oli osana traumaattisiin sairauskokemuksiin kuuluvien dissosiativisten tunteiden heikentyminen. (Härkönen ym. 2016, 15.)

Kolmantena teemana tutkittiin asiakkaiden kokemuksia liittyen psykofyysisen fysioterapian menetelmien ja hyötyjen integroitumista asiakkaiden arkeen. Tutkimuksessa nousi esiin asiakkaiden kokemuksina pystyvyyden tunne, itsesäätelykyvyn kehittymisen sekä fyysisen toimintakyvyn lisääntyminen. Itsesäätelykeinojen kehittymisen on nähty ilmenevän asiakkaiden kyvyssä rauhoittaa itseään ahdistavissa tilanteissa. Tämä on lisännyt samalla heidän turvallisuuden tunnettaan. (Härkönen ym. 2016, 15.)

5.2 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Menetelmänä laadullinen tutkimus pyrkii tarkastelemaan yleisien lainalaisuuksien sijaan ilmiötä tai yksittäisiä tapahtumia. Erottavana tekijänä määrälliseen tutkimukseen verrattaessa on yleistettävyyys. Kvalitatiivinen tutkimusote pyrkii yleistettävyyden sijaan selittämään ilmiötä tutkimuksesta nousevien havaintojen avulla. (Alasuutari 2011, 38–39.) Laadullisessa tutkimuksessa keskiössä on ihminen, hänen kokemuksensa ja elämänpiirinsä merkityksineen. Tutkittaessa ihmisten kertomuksia ja niiden merkityksiä, tutkimuksesta saatu tieto ei tällöin ole yleistettävissä tai tilastoitavissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 16.) Teoria on osana laadullista tutkimusta, jolloin tutkimuksesta nousevat havainnot pohjautuvat siihen teoreettiseen viitekehykseen ja merkityksiin, joita tutkijalla ilmiöstä on (Tuomi & Sarajärvi 2018, 24–27).

Kyselylomaketta käytetään yleensä kvantitatiivisissa tutkimuksissa, mutta se on pätevä menetelmä myös laadullisessa tutkimuksessa. Kyselylomakkeeseen osallistuneet tutkittavat voidaan jakaa esimerkiksi laadullisiin luokkiin vastauksiensa perusteella. Kyselylomakkeen etuna on, että se pureutuu tutkimusongelman keskeisiin teemoihin. Kysymysten asettaminen tulee tapahtua tutkimuksen ja teorian viitekehyksestä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87.) Kyselylomake sopii erityisesti silloin, kun tutkittavat edustavat suhteellisen yhtenäistä ryhmää. Tällöin kyselylomake tuottaa tehokkaim-

min vastauksia, kun siihen on yhdistelty vähemmän strukturoituja vaiheita (Metsämuuronen 2008, 40–41). Teoreettinen viitekehys on hallittava hyvin, sillä sieltä nousevat kyselylomakkeen kysymykset.

Tämän opinnäytetyön aiheena on traumatisoituneiden asiakkaiden kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta, jolloin aineistosta nousevat havainnot ovat yksittäisten tutkittavien kokemuksia. Tutkimuksen tuloksista tai johtopäätöksistä ei tällöin voida tehdä yleistettäviä päätelmiä, vaan pikemminkin tuoda esiin ja kuvailla tutkittavien kokemuksia. Edellä mainittujen kriteerien ohjaamana opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 2), joka oli puolistrukturoitu. Tutkimuksessa käytettävässä kyselylomakkeessa osa kysymyksistä olivat monivalintakysymyksiä ja osa kysymyksistä olivat avoimia, jolloin vastaaja pystyi vastaamaan laajasti omien kokemusten kautta. Kyselylomakkeen kysymykset painottuivat asiakkaiden kokemuksellisuuteen tutkimuskysymysten asettamien teemojen mukaisesti.

Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikutti tutkimusaiheen haastavuus. Tutkittavat ovat käyneet läpi trauman, jonka vuoksi teema- tai syvähaastattelu olisivat voineet olla liian raskaita toteuttaa. Teema- tai syvähaastattelu olisi voinut nostaa tutkittavissa esiin tunteita, joiden käsittelyyn tutkijalla ei ole riittävää ammattitaitoa tai kokemusta. Kyselylomaketta puolsi myös sen helppo toteutus ja matalampi kynnyks osallistua, mikä saattaisi lisätä tutkimuksen osallistumisprosenttia.

Tutkimus toteutettiin Webropol- kyselyohjelmalla, jonne luotiin 14 kohdan kyselylomake. Kysymyksistä neljä oli monivalintakysymyksiä, joissa vastaaja sai valita sopivimman vaihtoehdon. Avoimia kysymyksiä oli kymmenen. Näihin osallistujat saivat vastata niin lyhyesti tai pitkästi kuin halusivat, vastauksen pituutta ei ollut ennalta määritetty. Kyselylomakkeen kysymykset käytiin vielä yhdessä läpi toimeksiantajan yhteyshenkilön kanssa, ennen kuin kyselylomakkeesta muodostettiin julkinen linkki. Kyselylomake lähetettiin julkisena linkkinä toimeksiantajan yhteyshenkilölle, joka välitti linkin eteenpäin kollegoilleen ja he puolestaan jakoivat linkin sähköpostitse tutkimukseen sopiville asiakkaille. Tutkimukseen sopivia asiakkaita arvioitiin olevan alle kymmenen.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy tiettyjä kriteereitä. Keskeisiksi kriteereiksi nousevat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. Tutkimuksen ja tuloksien on oltava uskottavia ja se on myös osoitettava tutkimuksen toteutuksessa. Tutkijan on tällöin oltava varma, että tutkimukseen osallistuneiden käsitykset tutkimuksesta vastaavat tutkimustuloksia. Vahvistettavuus on osana koko tutkimusprosessia. Tutkimusprosessi on voitava kokonaisuudessaan vahvistaa siten, myös toinen tutkija voi seurata tutkimuksen etenemistä prosessin kirjaamisen avulla. Vahvistettavuuteen tosin liittyy ongelmallisuutta, sillä tutkijat voivat päätyä erilaisiin tulkintoihin samasta aineistosta. Tutkijan on kyettävä myös reflektiivisyyteen osana tutkimusprosessia. Tämä tarkoittaa, että tutkijan on pystyttävä arvioimaan hänen omat lähtökohtansa liittyen tutkimusaiheeseensa sekä vaikutuksensa aineiston analysoinnissa ja tutkimuksen toteuttamisessa. Tulosten siirrettävyydessä on huomioitava riittävä tieto tutkimuksen taustoista, jolloin pystytään arvioimaan tuloksien siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. (Kylmä ym. 2012, 127–129.)

Teoriaviitekehyksen hallinta on yksi tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta lisäävä tekijä. Teoriaan perehtymisen kautta tutkimuskysymykset tarkentuivat sekä kyselylomakkeen pohja muotoutui. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkimuksen kohderyhmää lähestyttiin sähköisesti saatekirjeellä (Liite 3). Saatekirjeessä kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta sekä toteutuksesta. Lisäksi kohderyhmälle lähetettiin tutkimuslupalomake, jossa selitettiin tarkemmin tutkimukseen ja sen aineistoon liittyviä teemoja. Näillä keinoin pyrittiin varmistamaan vastaajien ymmärrys tutkimuksen sisällöstä. Uskottavuutta lisää myös kyselylomakkeessa esiintyneiden termien auki selittäminen lyhyesti ennen kyseisen teeman kysymyksiä. Tällä tavoin pyrittiin varmistamaan, että vastaajat ymmärsivät kyseiset termit oikein ja tiesivät mihin liittyen heiltä odotettiin vastausta. Tutkimustuloksien luotettavuuteen voi kuitenkin vaikuttaa se, ettei kyselylomaketta esitestattu.

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää aineiston analysointiin liittyvä prosessimainen eteneminen ja näiden prosessien kirjaaminen taulukkomuotoon. Aineiston prosessi-

maisen läpikäynnin ja kirjaamisen avulla voidaan vahvistaa tutkimustuloksien pätevyys. On kuitenkin huomioitava, että tutkijan omat näkemykset teorian ja muiden tutkimustulosten pohjalta voivat vaikuttaa opinnäytetyön tutkimuksen tuloksiin. Samalla on nostettava esiin, että tähän tutkimukseen liittyi olennaisena osana teoreettinen viitekehys, joka myös ohjasi aineiston muodostumista tutkimuskysymysten kautta. Koko tutkimusprosessi on myös vahvistettavissa tutkimukseen kuuluvien ja säilytettyjen dokumenttien sekä raportoinnin avulla.

5.4 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö lisää tutkimuksen eettisyyttä ja samalla luotettavuutta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 1–44) on laatinut ohjeistuksen, jossa käydään läpi hyvää tutkimusetiikkaa ja siihen liittyviä käytänteitä. Ohjeistuksen mukaan hyvä tutkimuskäytäntö pitää sisällään eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamisen sekä tieteeseen kohdentuvan epärehellisyden tunnistamisen ja torjumisen edistämisen tutkimustoiminnassa kaikilla tieteenaloilla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 1–44). Näihin teemoihin kuuluvat esimerkiksi rehellisyys, hyväksytyjen tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmien käyttö, toisten tutkijoiden ja heidän tutkimuksiensa kunnioittaminen viittauksin sekä tutkimusten toteuttamiseen ja tulosten raportointiin liittyvä huolellisuus sekä tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012 6–7).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019, 1–26) on myös laatinut erillisen ohjeistuksen ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisistä periaatteista. Tämän ohjeistuksen tavoitteena on varmistaa tutkimukseen osallistuvan ihmisarvon sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, aineellisen ja aineettoman kulttuuriperinnön kunnioittamisen sekä tutkittaville aiheutuvien haittojen huomioimisen ja niiden poissulkemisen tutkimuksen toteutuksessa ja raportoinnissa. Ohjeistuksessa tuodaan esiin myös tutkittavan oikeudet, joihin kuuluu vapaaehtoisuus, mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ja siihen liittyen myös suostumuksen peruuttaminen sekä myös jälkikäteen kieltää itseensä liittyvän aineiston käyttämisen. Oikeuksiin kuuluu myös saada oikeaa tietoa tutkimuksen sisällöstä, tarkoituksesta, mahdollisista haitoista

sekä tutkimuksen toteutuksesta ja siihen liittyvistä käytänteistä. Ohjeistuksessa tuodaan esiin myös yksityisyydensuojan ja henkilötietojen käsittelyn merkitys. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–13.) Tietoon perustuva suostumus on tärkeä suoja niin tutkittavalle kuin tutkimuksen toteuttajalle, ja siksi on varmistettava tiedonannin lisäksi myös informaation ymmärrys (Kylmä ym. 149–150).

Tutkimustietojen luottamuksellinen käsittely sekä anonymiteetin varjeleminen koko tutkimusprosessin aikana on erityisen tärkeää. Tutkimusta toteutettaessa on huomioitava erityisesti osallistuneiden anonymiteetti, jollei nimen julkaisemisesta ole erikseen sovittu. Tutkimustietoja tulee käsitellä asianmukaisesti eikä niitä tule luovuttaa kolmansille osapuolille tai käyttää muuhun, kuin tutkimukseen liittyvään tarkoitukseen. (Tuomi ym. 2018, 155–156.) Terveystieteellisen tutkimuksen toteutuksessa on huomioitava myös lainsäädäntö, kuten perustuslaki, tietosuojalaki, laki ja asetus lääketieteellisestä tutkimisesta sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Kylmä ym. 2012, 139–143). Aineiston keräämiseen kuuluu myös osallistujien taustatietojen kerääminen, jolloin on tärkeää pohtia mikä tieto on olennaista tutkijalle ja tutkimukselle ja miten saadut tiedot tallennetaan (Kylmä ym. 2012, 76).

Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen kysymys. Tutkimusasetelmaa tulee pohtia tarkkaan, mitä tutkitaan ja miksi. Lisäksi tutkimusaiheen valinnassa on mietittävä kysymysten asettelu tarkkaan, jottei tutkimusmenetelmä loukkaa tutkittavia (Tuomi ym. 2018, 153–154). Laadullisessa tutkimuksessa luottamuksellisuus on avainasemassa ja tutkittavilla on oltava luottamus tutkimusta ja tutkimustapaa kohtaan (Tuomi ym. 2018, 155–156). Nämä olivat erittäin tärkeitä näkökulmia tätä opinnäytetyötä ja sen tutkimusaihetta lähestyttäessä.

Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa liikutaan varsin henkilökohtaisella tasolla. Tutkittavien kokemukset voivat nostaa heissä voimakkaita tunteita esiin ja tämä on huomioitu tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, jolloin tutkittavilla oli mahdollisuus ottaa oma aikansa lomakkeeseen vastaamisessa. Tutkittavia lähestyttiin myös saatekirjeellä, jolloin tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus orientoitua tulevaa kyselylomaketta varten.

Tietosuojan lisäämiseksi toimeksiantajan kanssa on allekirjoitettu salassapitosopimus aineiston salaamiseksi. Toimeksiantajan kanssa on myös laadittu tutkimuslupa sekä erillinen tutkimuslupa kullekin tutkittavalle. Tutkittaville lähetetyssä tutkimusluvassa käytiin läpi tutkimuksen tarkoitusta ja -prosessia, aineistohallintasuunnitelmaa sekä tutkittavien oikeuksia. Opinnäytetyön tutkimuksen aineistoa varten luotiin erillinen aineistohallintasuunnitelma, jossa kuvattiin tämän aineiston hallintaan kuuluvia käytänteitä, kuten aineiston käyttöä sekä sen säilytystä. Aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin tutkijan tunnuksien takana olevalla Webropol-ohjelmalla sekä erillisellä muistitikulla, joka oli vain tutkijan tiedossa olevassa säilössä. Aineisto poistetaan Webropol-ohjelmasta opinnäytetyön valmistuttua ja muistitikulta poistetaan aineistoon liittyvät tiedot ja muistitikku tuhoetaan.

Anonymiteettiä on pyritty turvaamaan monin erilaisin keinoin. Opinnäytetyössä ei tulla julkaisemaan toimeksiantajan nimeä tai paikkakuntaa. Kaikki yhteydenpito tutkittaviin tapahtui toimeksiantajan yhteyshenkilön välityksellä. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselylomakkeena, josta muodostettiin julkinen linkki. Julkinen linkki tarjosi tutkittaville anonymiteetin, jolloin tutkija ei saanut tietoonsa mitään henkilökohtaisia tietoja tutkittavista eikä täten voinut seurata kuka oli vastannut kyselyyn. Tutkija ei myöskään saanut tietoonsa tarkkaa määrää siitä, kuinka monelle julkinen linkki oli lähetetty. Aineiston analysoinnissa sekä erityisesti tulosten raportoinnissa anonymiteettia turvattiin siten, ettei vastaajia eritelty ja nimetty. Tämä päätös tehtiin vähäisen osallistujamäärä vuoksi, jottei vastauksia pystyttäisi yhdistämään tiettyihin vastaajiin ja siten tunnistamaan vastaajia.

On myös tärkeää pohtia opinnäytetyön tutkimuksen eettisyyttä siitä näkökulmasta, mikä on tutkijalle tärkeää tietoa asiakkaasta liittyen tutkimuksen aiheeseen ja mikä ei. Keskiössä ovat traumaattisen kokemuksen kohdanneet henkilöt ja heidän kokemuksensa psykofyysisestä fysioterapiasta. Tätä näkökulmaa pidettiin tutkimuksen punaisena lankana ja kysymyksissä painotettiin asiakkaiden kokemuksia liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan eri teemoja tarkastellen. Tutkittavilta ei kerätty mitään henkilökohtaisia tietoja, koska kokemuksellisuuden ja aiheen herkkyyden näkökulmasta se ei olisi ollut oleellista tietoa tämän tutkimuksen kannalta.

5.5 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön tutkimus pohjaa vahvasti teoriaan, jossa käsitellään psykofyysistä fysioterapiaa trauman näkökulmasta, traumaa ja kokemuksellisuutta. Vaikka opinnäytetyössä tutkimuksen teemana on kokemuksellisuus, taustalla oleva teoreettinen viitekehys ohjaa tutkimusta tutkimuskysymyksiensä rakentumisesta aina aineiston analysointiin ja tulosten julkaisemiseen. Tuomen ym. (2018, 109) mukaan teoriaohjaavassa analyysissä teoreettista viitekehystä käytetään aineiston analysoinnin tukena. Aineisto ei tällöin nojautu suoraan teoriaan eikä aineiston tarkoituksena ole testata teoriaa. Aineiston analyysiä ohjaa tutkimusaineistosta nousevat tutkimusasetelmaan liittyvät analyysiyksiköt kuten aineistolähtöisessä analyysissä. Ainoana poikkeuksena teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisen viitekehysten tuoma apu analyysin tueksi. (Tuomi ym. 2018, 108–109.)

Aineiston sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkimuksen aineistosta nousevat ilmiöt mahdollisimman tiivistetyssä muodossa ja jäsentämään aineistosta nousevia teemoja eri luokkiin (Tuomi ym. 2018, 120–127). Keskeisintä on tunnistaa aineistosta tutkimusaiheeseen sisällöllisesti liittyvät väittämät. Tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea aineistosta nousevaa tietoa, vaan sisällönanalyysiä ohjaavat tutkimuksen tarkoitus sekä kysymystenasettelu. (Kylmä ym. 2012, 113.) Aineiston analyysiä ohjaa tutkimuksen teoreettinen viitekehys, jolloin tutkimuskysymysten avulla valitaan tietty näkökulma aineiston tarkasteluun (Alasuutari 2011, 40).

Teoriaohjaava sisällönanalyysi toteutuu pääosin samoin periaattein kuin aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Tuomi ym. 2018, 133). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto käydään läpi ensin pelkistäen se vain olennaisiin teemoihin, jonka jälkeen aloitetaan ryhmittely eli klusterointi. Ryhmittelyssä aineistosta nousseet alkuperäisilmaukset käydään läpi etsien samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia, jonka jälkeen alkuperäisilmauksia lähdetään yhdistämään ensin alaluokkiin ja tästä edelleen tiivistäen yläluokkiin, pääluokkiin ja lopulta yhdistäviin luokkiin. Yhdistävät luokat muodostetaan pääluokkien yhdistävien teemojen mukaisesti. Aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä tulee löytyä sekä alaluokka että yhdistävä luokka, mutta polku näiden

luokkien välillä voi sisältää joko enemmän tai vähemmän luokkia aineistosta riippuen. (Tuomi ym. 2018, 120–127.)

Abstrahointi eli käsitteellistäminen liittyy osaksi pelkistämisen- ja ryhmittelyvaihetta (Kylmä ym. 2012, 119). Abstrahoinnissa erotetaan tutkimukseen liittyvä merkityksellinen tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä tässä kohtaa analyysia otetaan teoreettinen viitekehys osaksi käsitteellistämistä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokkia niin kauan, kuin se aineiston kannalta on merkittävää. Empiirinen aineisto muuttuu käsitteellistämisen vaiheessa teoreettisiksi käsitteiksi, jolloin tutkimuksen tulokset muodostavat aineistosta erilaisia malleja, kuten käsitejärjestelmän. (Tuomi ym. 2018, 125–127.) Havaintojen ryhmittely muodostaa lopulta yhteisiä nimittäjiä tai piirteitä, joiden mukaan aineistoa voidaan kategorisoida yhteisten ja erilaisten ominaisuuksien mukaan (Alasuutari 2011, 40).

Aineistoa kyselylomakkeella kertyi yhteensä 6 sivua. Opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysimenetelmäksi valikoitui teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tässä tutkimuksessa opinnäytetyön teoreettisesta viitekehystä nousevat tutkimuskysymykset ja niiden sisältämä asiakkaiden kokemuksellisuus ohjaavat aineiston analyysiä. Aineiston analyysi aloitettiin aineiston läpikäymisellä alkuperäisilmauksia jaotellen tutkimuskysymysten teemojen mukaisesti. Ryhmittely aloitettiin alkuperäisilmausten jaottelulla alaluokkiin, jossa samankaltaiset teemat muodostivat oman alaluokkansa ja ne nimettiin aineiston sisältöä mukaillen. Aineiston ryhmittelyä ja käsitteellistämistä jatkettiin nimeämällä alaluokkia yhdistävät käsitteet, joista muodostettiin yläluokkia. Aineistoa tiivistettiin edelleen luomalla yläluokille omat nimittäjänsä, joista muodostui pääluokat. Aineiston analysoinnin eri prosessien vaiheissa asiakkaiden kuvaama kokemuksellisuus oli keskiössä ja ohjasi myös luokkien muodostumista ja niiden jaottelua. Tutkimuksen aineiston klusterointia sekä abstrahointia alaluokista pääluokkiin kuvataan alla olevassa taulukossa (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Kategorioiden muodostuminen pääluokiksi

	Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
<i>Kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokeminen</i>		Turvallisuuden tunteen kokeminen Vireystilan säätelykyvyn kokeminen Kehon ja emootioiden kokeminen	Turvattomuuden ilmeneminen, turvallisuuden tunteen kehittyminen, riittävän turvallisuuden tunteen saavuttaminen Vireystila säätelyn vaikeudet, vireystilan säätelyn kehittyminen, riittävän vireystilan saavuttaminen, keinot vireystilan säätelyyn Keholliset tuntemukset, tunne-elämään liittyvät tuntemukset, kehotietoisuus
<i>Asiakkaiden kokemukset</i>		Kokemukset psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista Ulkoisten tekijöiden merkitys psykofyysisessä fysioterapiassa	Kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta, psykofyysisen fysioterapian antaman avun kokeminen, arjen toimintakyky Terapeutin merkitys, terapiatiolajien merkitys

Aineiston koon vuoksi ryhmittelyn ja käsitteellistämisen kautta syntyi kaksi pääluokkaa, jotka kokosivat alleen aineistosta nousseet alaluokat. Pääluokista kehittyi kaksi yhdistävää luokkaa, joiden aiheiksi muodostuivat kokemukset kehotietoisuudesta ja kehonhallinnasta sekä psykofyysisestä fysioterapiasta. Yhdistäviä luokkia käytetään tulosten tarkastelussa pääotsikoina, joiden alle rakentuvat tulosten sisällön tarkempi pohdinta kahden pääluokan ja sen sisältämien alaluokkien mukaisesti. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2) kuvataan yhdistävien luokkien rakentumista.

Taulukko 2. Yhdistävien luokkien muodostuminen

<i>Yhdistävä luokka</i>	<i>Pääluokka</i>
<i>Asiakkaiden kokemukset kehotietoisuudesta ja kehonhallinnasta sekä niiden muutoksista psykofyysisessä fysioterapiassa</i>	Kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokeminen Asiakkaiden kokemukset
<i>Asiakkaiden kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista</i>	Asiakkaiden kokemukset Kehotietoisuuden ja kehonhallinnan muodostuminen

6 Tulokset

Kyselylomakkeeseen vastasi kolme osallistujaa, joista kaksi vastasi kaikkiin kysymyksiin. Ensimmäiseen viiteen kysymykseen vastasi kolme osallistujaa, loppuihin kysymyksiin vastasi kaksi osallistujaa. Tuloksia havainnollistetaan suorin lainauksin.

6.1 Asiakkaiden kokemukset kehotietoisuudesta ja kehonhallinnasta sekä niiden muutoksista psykofyysisessä fysioterapiassa

6.1.1 Turvallisuuden tunteen kehittyminen

Turvattomuuden tunteen ilmenemistä tutkittavat kuvailivat lihasjännityksinä, kipuna, hengityksen pidättämisen, dissosiativisena jähmettymisenä, pelkotiloina, jännittyneisyytenä sekä vaikeutena rentoutua ja olla läsnä.

Erittäin hankala olona, ei pystynyt olemaan läsnä tai rentoutumaan ja käyntejä peruuntui sen takia.

Paljo pelkoja ja jännittyneisyyttä. Melkoinen koppakuoriaiskotelo päällä

Psykofyysisen fysioterapiajakson aikana tutkittavat kokivat muutoksia turvallisuuden tunteessa. Turvallisuuden tunteen muutoksina kuvattiin kyky rentoutumiseen sekä nukkumiseen, hallusinaatioiden loppuminen, paremman läsnäolon saavuttaminen, yleisen olotilan ja sanoittamisen helpottuminen.

*Pystyn rentoutumaan ja nukkumaan, joka ei ollut mahdollista aiemmin.
En hallusinoi enää.*

Tulokset kuitenkin osoittivat, että turvallisuuden tunteen kehittyminen on vaatinut aikaa ja työtä, eivätkä kaikki tutkittavat olleet vielä saavuttaneet riittävää turvallisuuden tunnetta. Tutkittavilla saattoi olla myös psykofyysisen fysioterapian rinnalla muitakin terapiamuotoja, jotka tukivat turvallisuuden tunteen kehittymistä.

Oon ollut täs terapias yli (vuosiluku poistettu) v, ja vasta nyt alkaa olla aika paljo vähemmän turvattomuutta

Osittain. Siihen on kyllä vielä matkaa.

6.1.2 Vireystilan tunnistamisen ja säätelyn kehittyminen

Tutkittavat kokivat haasteita omassa vireystilan säätelyssä psykofyysisen fysioterapian alussa. Vireystilan säätely koettiin haastavaksi psykofyysisen fysioterapian alussa, sillä tutkittavilla ei ollut tietämystä mitä vireystila oli tai miten siihen pystyi vaikuttamaan. Vireystilan säätelyyn liittyvät haasteet ilmenivät myös siten, ettei tutkittava osannut kokea mitään.

En tuntenut pystyväni vaikuttaa niihin, en tiennyt mitä ne ovat

En ehkä osannut kokea mitään---

Kyvyssä säädellä omaa vireystilaa koettiin muutoksia psykofyysisen fysioterapian edetessä. Tutkittavat toivat esiin hallinnan tunnetta siitä, ettei vireystila heittele ääripäihin. Lisäksi yksi tutkittavista koki pystyvänsä purkamaan liiallista vireyttä. Vireystilan säätelyn kehittyminen vaikutti myös olotilaan tasapainottavasti.

En mene enää äärivireystilaan ja tiedän miten niitä voi säätää

Vireystilan säätelyn keinoina esiin nousivat hengitysharjoitukset, tuntemusten ja tunteiden nimeäminen, kehonalueiden käsittelyä yksitellen sekä kardioharjoitteet. Yksi tutkittavista koki haasteita itsenäisessä vireystilan säätelyssä, jolloin terapeutin ja terapiatilojen merkitys oli tärkeä. Tulokset osoittivat, että riittävän vireystilan säätelyn saavuttaminen oli vielä kesken.

6.1.3 Keholliset ja emotionaaliset tuntemukset

Tutkittavat kuvailivat kehollisia tuntemuksiaan psykofyysisen fysioterapiajakson aikana. Näitä tuntemuksia olivat kehollinen läsnäolo, kehon tuntemusten vahvistuminen sekä lihasjännityksen tunnistaminen. Tunne- elämän kokemuksina nostettiin esiin kykyä vastaanottaa tunteita ja tuntemuksia sekä näiden sanoittamista. Eräs tutkittava kertoi uskalluksesta ylittää omia sisäisen kontrollin esteitä.

Minun terapiassani on keskitytty keholliseen läsnäoloon ja kehon tunnottomuuden poistamiseen. En nykyään jännitä lihaksiani turhaan.

--- Ja vasta äskettäin pääsin mättään jotain pihalle ja ylitin siinä jonkun kontrollin esteen ja uskalsin.

Alkuunsa opettelin paljon mm ottamaan vastaan, eli opettelin olemaan pehmennettävänä. Nyt oon siinä melko hyvä---

Psykofyysisen fysioterapianjakson aikana myös kehotietoisuus vahvistui. Kehotietoisuuden kehittymisenä koettiin sopivan vireystilan löytäminen, liikunnallisuuden lisääntyminen sekä liikkumisesta nauttiminen, kehotietoisuuden lisääntyminen kokonaisuudessaan, kehon ”äänien” häiritsevyyden helpottuminen ja kehon rauhoittuminen.

Kehotietoisuus kasvanut tosi paljo. Alkuunsa kehon raahaaminen jonnekin mihin vaan ei tuonut iloa. Nykyään oon kohtalaisen paljon liikkuvaisempi ja varsin kekseliäskin luomaan liikettä, ja nauttimaan siitä - paitsi talvella ei meinaa tapahtua--- Oon ollut em rauhoittumisen myötä toimintakykyisempi, kun kehon päivittäinen särinä/kuhina tms ei tunnu ja rasita.

Alla olevaan kuvioon (Kuvio 2.) on koottu asiakkaiden kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokemuksia sekä niiden muutoksia psykofyysisen fysioterapiajakson aikana.



Kuvio 2. Yhteenveto kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kokemuksista sekä niiden muutoksista psykofyysisessä fysioterapiassa.

6.2 Asiakkaiden kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista

Psykofyysinen fysioterapia trauman jälkeisten kehollisten oireiden työstämisessä oli merkittävässä roolissa. Yksi tutkittavista koki psykofyysisen fysioterapian olevan tästä syystä ainoa toimiva terapiamuoto hänelle. Psykofyysinen fysioterapia koettiin myös motivoivana. Kehon kautta työstäminen ja purkaminen koettiin tärkeänä. Psykofyysiseen fysioterapiaan liitettiin myös ilon ja helpotuksen kokemista sekä yhteyden löytämistä ja tunnistamista esimerkiksi varhaislapsuuteen.

Fysioterapia on ainoa terapiamuoto, josta olen saanut apua. Itseni kohdalla se on ollut kriittistä koska keholliset oireet ovat olleet isoin ongelma traumani hoidossa.

Mulle niin tärkeä, etten tiedä, missä olisin ilman sitä. Motivoi todella paljon. Tää kehon kautta purkamisen mulle passelia---

Psykofyysisestä fysioterapiasta tutkittavat kokivat saaneensa apua sopivan vireystilan löytämiseen sekä ylivireyden purkamiseen, kehonhallintaan, liikkumisen ja toimintakyvyn lisääntymiseen, kiputilojen vähentymiseen ja hengityksen vapautumiseen.

Pystyn hallitsemaan kehoani ja luottamaan että voin öisin nukkua ja päivällä en ole niin ylivireä. Pystyn harrastamaan liikuntaa. Kiputilat ovat vähentyneet. Hengitys ei ole enää niin pinnallista.

Tutkittavat toivat esiin myös ulkoisia tekijöitä, joilla oli tärkeä rooli psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvissä kokemuksissa. Fysioterapeutti ja hänen osaamisensa koettiin tärkeäksi. Fysioterapeutin osaamista kuvattiin kykynä löytää keinoja olotilan tasapainottamiseen. Yksi tutkittavista kuvaili, kuinka haastavaa on löytää yksin keinoja esimerkiksi vireystilan säätelyyn.

---Vireystilan säätelyyn kykeneminen paljoakaan yksin on ollut huteraa näihin päiviin asti.

Itse asiassa tää nykyinen terapeutti on huippuhyvä jeesaan tasapainottaa olotilaa. Se vaan on ollut hankalaa toteuttaa haastavassa kotimelussa...

---Usein terapeutti osaa löytää keinoja, jotka tasapainottaa mun tiloja. Se jaksaa hämmästyttää. On hienoo että saan tätä terapiaa---

Terapiatiloilla ja välineillä koettiin myös olevan merkitystä. Aistiherkkyyden, kuten valo- tai ääniherkkyyden huomioiminen terapiatiloissa olisi tärkeää, sillä sen koettiin vaikuttavan olotilaan ja tuntemuksiin. Yksi tutkittava toi esiin tilojen miellyttävyyttä

ja viihtyisyyttä, ja aiempien tilojen koettiin olleen paremmat näiden teemojen suhteen. Lisäksi koettiin, että on helpompi toteuttaa psykofyysisessä fysioterapiassa käytettyjä keinoja tai harjoitteita terapiatiloissa kuin kotona.

---Terapeutti ja tila ja välineet tarpeen kun tää ei hoidu kotona tai pihalla.

---aistiherkkänä terapiatilojen valojen pitäisi olla stressivapaita. Valohäiriö on ollut hankaloittava ilmiö, kun pää räjähtää, ja valo häikäsee. Myös vaikka melu on keljua, ja yhteistiloissa jotkut koilottaa. Miellyttävät tilat olis mukavat. Edellinen tila oli, mutta firma halus laajentaa, ja meininki muuttui koleaksi toimistomaiseksi tehtaaksi.

Alla olevaan kuvioon (Kuvio 3.) on koottu asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista psykofyysisen fysioterapiajakson aikana.



Kuvio 3. Yhteenveto asiakkaiden kokemuksista psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikutuksista.

7 Johtopäätökset

Turvallisuuden tunne ja vireystilan säätely liittyvät olennaisesti trauman jälkeiseen keholliseen ja tunne- elämän ilmenemiseen, joka käy ilmi myös tuloksissa. Psykofyysillä fysioterapialla pystyttiin vaikuttamaan turvallisuuden tunteen kehittymiseen. Tulokset turvallisuuden tunteesta kuvastavat hyvin sitä, kuinka voimakkaasti turvattomuus voi vaikuttaa yksilöön niin kehollisesti kuin tunnetasolla ja kuinka turvallisuuden kehittyminen ja työstäminen vaatii aikaa.

Vireystilan säätelyn kokemukset olivat hyvin samansuuntaiset turvallisuuden tunteeseen liittyvien kokemusten kanssa ja tutkittavat kokivat haasteita vireystilan tunnistamisessa ja säätelyssä psykofyysisen fysioterapian alussa. Tulosten perusteella voidaan todeta psykofyysisen fysioterapian kehittäneen tutkittavien kykyä tunnistaa ja säädellä omaa vireystilaansa. Vireystilan ja sen itsenäisen säätelyn vahvistuminen riittävälle tasolle vaatii aikaa ja työstämistä. Tulokset osoittivat, kuinka vireystilan säätely vaikuttaa toimintakykyyn merkittävästi ja se nousi esiin useissa eri luokissa. Vireystilan säätely liitettiin myös osaksi kehotietoisuutta ja sen kehittymistä.

Psykofyysisen fysioterapian erityinen merkitys on kehollisten oireiden työstämisessä ja kokemuksellisessa oppimisessa. Psykofyysisellä fysioterapialla ja kehotietoisuuden vahvistumisella on tulosten valossa yhteys toisiinsa. Psykofyysisellä fysioterapialla ja kehotietoisuuden kehittymisellä on vaikutusta tutkittavien arjen toimintakyvyn kohelemiseen, kuten liikuntaharrastuksen aloittamiseen ja unen laatuun. Tulosten perusteella voidaan nähdä myös yhteys kehotietoisuuden vahvistumisen ja emootioiden vastaanottamisen ja sanoittamisen kehittymisen välillä.

Fysioterapeutin rooli, osaaminen ja suhde asiakkaaseen vaikuttavat myös kokemukseen psykofyysisestä fysioterapiasta. Kyky löytää juuri sopivia keinoja työstää esiin nousseita tarpeita on erityisen tärkeää, sillä asiakkaan voi olla haastavaa toteuttaa näitä keinoja itsenäisesti. Terapeutin lisäksi on hyvä kiinnittää huomioita myös terapiatiloihin ja välineisiin, sillä ne vaikuttavat myös asiakkaisiin ja heidän kokemuksiinsa.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen lopputulos on osallistujien summa, jolloin aineistoa kertyy sen mukaan kuin on vastaajia ja tämä heijastuu tutkimustuloksiin. Vähäisen osallistujamäärän vuoksi opinnäytetyön tutkimuksen tutkimustuloksia tarkastellaan aiemman samasta

aiheesta tehdyn tutkimustiedon sekä teorian rinnalla. On kuitenkin muistettava, että vähäinenkin osallistujamäärä tuottaa aina arvokasta tietoa, kun kyseessä on laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön tutkimusaiheen keskiössä on kokemuksellisuus, jolloin helposti yleistettävää tietoa ei tutkija odottanutkaan. Aineisto ja tutkimusten tulokset perustuvat vastaajien kokemuksiin. Tuomi ym. (2018, 97–99) pohtivat laadulliseen tutkimukseen osallistuvien määrän riittävyttä, jolloin tärkeänä tekijänä määrän sijaan olisi sopivan kohderyhmän etsimisen, jolla on riittävästi kokemusta tutkittavasta aiheesta.

Saturaatiota eli kylläntymistä käytetään usein aineiston riittävyden arviointiin, mutta se on hieman ongelmallinen tarkasteltaessa laadullisen tutkimuksen aineistoa. Kun aineisto alkaa toistamaan itseään, voidaan puhua saturaatiosta. Saturaatio aineiston riittävyden mittarina pätee kuitenkin vahvimmin vain silloin, kun aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. (Tuomi ym. 2018, 99–10.) Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto ei saavuta kylläntymisen pistettä kolmella osallistujalla, mutta koska tutkimuksen keskiössä on juuri kokemuksellisuus, on tarpeellista pohtia, onko saturaatiolla tällöin kuinka suuri painoarvo. On selvää, että enemmän vastaajia toisi enemmän tietoa psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvistä kokemuksista, mutta on ennalta vaikea määrittää riittävää osallistujien määrää, jos aineistolta haettaisiin keskinäistä samankaltaisuutta.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen osallistujien määrä jäi vähäiseksi ja tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää pohtia syitä tähän ilmiöön. Alun perin vaihtoehtoina oli joko paperinen tai sähköinen kyselylomake, mutta tutkimus päätettiin toteuttaa sähköisenä versiona sen vastaamisen helppouden vuoksi. Sähköinen kysely takasi helpon saavutettavuuden kohderyhmän kannalta, ja he pystyisivät vastaamaan kyselyyn koska vain. Kyselylomake oli myös mahdollista tallentaa keskeneräisenä, jolloin sitä olisi voinut jatkaa toisena ajankohtana. Kyselylomakkeeseen vastaamisen aikaa pidennettiin kahteen kertaan. Vastauksia ei kuitenkaan saatu lisää vastausajan pidentämisestä huolimatta.

Syitä vähäiselle osallistujamäärälle voi olla monia. Kyselylomake oli pitkä, vaikka sitä kevennettiin muutamilla monivalintakysymyksillä. Aihe itsessään saattoi olla monelle

tutkittavalle liian arkaluontoinen ja vaikea. Opinnäytetyön aihe saattoi herättää tutkittavissa sellaisia tuntemuksia, joita osallistujat eivät ehkä halunneet päästää pintaan. Lisäksi omien kokemusten tuottaminen ja niiden analysoiminen saattoi tuntua vaikealta. Kyselylomakkeen kysymykset ja termit saatettiin myös kokea haastavina. Tärkeää on myös pohtia, ovatko tutkittavat ymmärtäneet kyselylomakkeella olevat termit oikein ja näkyykö se vastauksissa.

Kohderyhmällä ei välttämättä ollut riittävästi voimavaroja vastata ja pohtia tutkimuksen teemoja. Tämän vuoksi esimerkiksi teemahaastattelu psykofyysisen fysioterapian ammattilaisen kanssa olisi ehkä voinut tuottaa enemmän vastauksia, kuin ulkopuolisen tuottama kyselylomake. Lisäksi myös ajankohtana kesä saattoi karsia vastauksia lomien ja muiden menojen vuoksi. Tutkimus toteutettiin julkisen linkin välityksellä, jolloin tutkija ei päässyt itse muistuttamaan asiakkaita osallistumaan kyselyyn, sillä osallistujia ja osallistujien määrää ei voitu identifioida tai tietää.

8.2 Tulokset ja niiden vertautuminen aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan

Trauman ilmentymisestä psykofyysisen fysioterapian asiakkaisissa löytyy useampia tutkimuksia (Ekerholt ym. 2019, 57–69; Ekerholt ym. 2014, 312–318; Scheffers ym. 2017, 1–9). Tutkimuksista käy muun muassa ilmi, kuinka trauman kokeminen vaikuttaa kielteisesti yksilön kokemukseen omasta kehostaan (Scheffers ym. 2017, 1–9). Tutkimuksissa havaittiin myös trauman ilmenevän joko yli- tai alivireystilana, hengityksen rajoituksina sekä lihasjännityksinä ja näiden muutoksina (Ekerholt ym. 2019, 62–63). Nämä havainnot ovat hyvin samansuuntaisia opinnäytetyön tutkimuksen tulosten kanssa asiakkaiden sanoittamina. Lisäksi Ekerholtin ym. (2014, 315) aiemmasta tutkimuksesta kävi ilmi trauma-asiakkaiden taipumus dissosiaatioon. Dissosiaatioon liittyvä kokemus mainittiin myös opinnäytetyön tutkimuksessa. Näiden tutkimustuloksien ja teorian perusteella saadaan ymmärrystä siihen, kuinka trauma ilmenee ihmisessä kehollisina ja emotionaalisina tapahtumina. Tämä ymmärrys on tärkeä pohja niin terapeutiselle asiakassuhteelle kuin psykofyysiselle fysioterapialle.

Tutkimustietoa psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista traumatisoituneiden asiakkaiden kohdalla löytyy myös eri tutkimuksista (Sticker Nordbrandt ym. 2020, 1–11;

Bergland ym. 2018, 1–12; Breitve ym. 2010, 212–221). Tutkimuksissa havaittiin psykofyysisen fysioterapian vaikuttavan osallistujien elämänlaadun kohenemiseen muun muassa fyysisen toimintakyvyn, kehon kipujen, mielenterveyden, itsetunnon sekä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilla (Berglandin ym. 2018, 1–12; Breitve ym. 2010, 212–221). Samansuuntaisia havaintoja voidaan tehdä myös opinnäytetyön tutkimustulosten pohjalta, sillä psykofyysisellä fysioterapialla voitiin nähdä myönteistä vaikutusta muun muassa tutkittavien toimintakyvyn kohenemiseen eri tavoin.

Pohjoismaissa psykofyysisen fysioterapian tutkimuksissa asiakkaiden kokemuksien tarkastelu keskittyy lähinnä kehotietoisuuteen ja sen kehittymiseen. Monissa tutkimuksissa tuotiin esille irrallisuus omasta kehostaan sekä kehon ja tunne-elämän irrallisuus hoitoprosessin alussa ja kuinka psykofyysinen fysioterapia palautti asiakkaan yhteyden kokemista omaan kehoonsa (Danielsson ym. 2015; Lundvik Gyllensten ym. 2010, 439–446; Sviland ym. 2012, 811–819; Sviland ym. 2014, 609–624; Øien ym. 2007, 31–39). Kehotietoisuuden lisääntymistä kuvattiin kykynä yhdistää menneisyydessä tapahtuneita kokemuksia ja niiden kehollisia ilmentymisiä nykyhetkessä (Sviland ym. 2018, 363–374). Kehotietoisuuden kehittyminen ilmeni myös kykynä havaita tunnetilojen aiheuttamia lihasjännityksiä (Øienin ym. 2007, 34–36).

Kehotietoisuuteen liittyvät opinnäytetyön tutkimustulokset ovat saman suuntaisia pohjoismaissa tehtyjen tutkimusten kanssa. Kehotietoisuuden vahvistumista opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa kuvattiin kehollisen läsnäolon ja kehon tuntemusten vahvistumisena sekä lihasjännityksien tunnistamisena. Lisäksi tunteiden vastaanottaminen ja kyky sanoittaa niitä kehittivät myös psykofyysisessä fysioterapiassa. Emootioiden ja kehon yhteyden kuvaaminen jäivät tässä tutkimuksessa kuitenkin vastauksissa vähemmälle pohdinnalle. Tämä teema ei noussut esiin niin selkeästi kuin monissa muissa psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvien kokemusten tutkimuksissa, kuten esimerkiksi Lundvik Gyllensten ym. (2010, 439–446) tutkimuksessa.

Turvallisuuden tunteen tai vireystilan säätelyn käsittely eivät juuri tulleet esille pohjoismaisissa tutkimuksissa. Näiden teemojen tutkiminen liittyy kuitenkin olennaisesti trauman teoreettiseen viitekehykseen ja vaikuttaa suuresti yksilön toimintakykyyn. Opinnäytetyön tutkimus osoitti, että asiakkaat olivat kokeneet turvattomuutta sekä

vireystilan säätelyn vaikeuksia ennen psykofyysisen fysioterapian alkua. Turvallisuuden tunne ja vireystilan säätely kehittyivät terapiajakson aikana, mutta eivät vielä riittävästi. Näiden tuloksien valossa voidaan todeta, miten suuri merkitys sekä vireystilan säätelyllä että turvallisuuden tunteella on yksilön toimintakykyyn ja niiden kehittymiseen vaatii pitkäjänteistä työstämistä. Erityisesti vireystila ja sen säätely nousi esiin useissa eri kohdissa opinnäytetyön aineistossa.

Teoreettisen taustan sekä opinnäytetyön tutkimuksen tuloksien valossa vireystilan säätelykyky ja turvallisuuden tunne vaikuttavat merkittävästi yksilön toimintakykyyn. Kuten Porges (2011, 11–17) kuvaa, turvallisuuden tunteella on suuri merkitys ihmisen käyttäytymiseen ja se heijastui myös opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa. On hyvä myös tuoda esiin vireystilan säätelyn ja turvallisuuden tunteen yhteys toisiinsa olennaisesti kuuluvina asioina, sillä turvallisuuden tunne vaikuttaa ihmisen vireystilaan ja täten vaikuttaa ihmisen tapaan tarkastella ympäristöään (Lindfors 2018, 145–148).

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa heijastui myös asiakkaiden tietämättömyys vireystilasta tai siihen vaikuttamisesta. Nämä tulokset ovat linjassa teoriapohjaan, jossa kuvailtiin, kuinka ihmiset usein ovat tietämättömiä vireystilan ilmenemisestä. Tällöin voidaan kokea kehonhallinnan menettämisen tunne ja vireystilan ääripäihin liittyvät tuntemukset ilman selkeää selittäjää. (Ogden ym. 2006, 9–29; Lindfors 2018, 145–148; Sarto- Jackson 2018, 22; Porges ym. 2014, 47.)

Terapeutin merkitystä käsiteltiin niin opinnäytetyöhön liittyvässä tutkimuksessa kuin muutamissa aiemmissa pohjoismaisissa tutkimuksissa. Opinnäytetyön tutkimuksessa painottui erityisesti terapeutin ammattitaito asiakkaalle sopivien keinojen löytämisessä sekä keinojen käyttöönottamisessa. Härkösen ym. (2016, 14–20) sekä Svilandin ym. (2014, 614–616) tutkimuksissa puolestaan painottui kohtaamisen, kiireettömyyden sekä kuulluksi tulemisen tärkeys. Näillä teemoilla nähtiin molemmissa tutkimuksissa vahva yhteys asiakkaiden kokemukseen turvallisuuden tunteesta ja kehittymisestä terapeutista kohtaan (Härkönen ym. 2016, 14–20; Svilandin ym. 2014, 614–616). Usein psykofyysisen fysioterapian terapiasuhteet kestävät vuosia, jolloin terapeutin ja asiakkaan välinen terapiasuhte kehittyi, jolloin terapeutti oppii havaitsemaan ja

tulkitsemaan asiakasta sekä kohdentamaan kullekin asiakkaalle sopivia keinoja ja menetelmiä. Erityisen tärkeänä ominaisuutena voidaan edellä mainittujen tulosten perusteella nostaa terapeutin herkistynyt kyky kuulla ja nähdä asiakasta, johon voidaan liittää myös sanattoman viestinnän havaitseminen. Tällöin myös asiakasta pystytään ohjaamaan kohti tietoisempaa ymmärrystä omasta kehostaan.

8.3 Jatkotutkimusehdotus

Kehotietoisuuden teemoja on tutkittu paljon pohjoismaisissa tutkimuksissa liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan. Vireystilan säätely ja turvallisuuden tunne kuuluvat olennaisesti kehotietoisuuteen ja kehonhallintaan, mutta erillisinä teemoina niitä ei tähän opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa tarkasteltu. Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin varovaisesti tulkita näiden kahden teeman erityistä merkitystä yksilön toimintakykyyn ja kokemukseen kehostaan traumaattisen tapahtuman jälkeen.

Vireystilan ja sen säätelykyvyn sekä turvallisuuden ilmeneminen ja näiden teemojen kehittyminen voisivat olla kiinnostavia ja terapiasuhteita hyödyttäviä tutkimuskohteita. Ne luovat myös tärkeän pohjan asiakkaan kehotietoisuudelle ja mahdolliselle kyvylle ymmärtää tunnetilojen ja kehollisten reaktioiden yhteyksiä sekä näiden yhteyttä menneisyyden tapahtumiin. On tärkeää luoda asiakkaalle kokemus siitä, ettei hänen kehonsa syyttä reagoi hallitsemattomasti, vaan johdattaa asiakas kehollisten ja emotionaalisten kokemusten juurisyille ja sitä kautta lähteä rakentamaan uudenlaista, hallitumpaa ja tiedostavampaa suhdetta kehoon.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Riika: Vastapaino.
- Bergland, A., Fromholt Olsen, C. & Ekerholt, K. 2018. The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23, 4, 1- 12. Wiley. doi: 10.1002/pri.1723. Viitattu 24.7.2021. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=132343049&site=ehost-live>
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vaukauttaminen- taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Ensimmäinen painos. Oulu: Kalevaprint Oy. Traumaterapiakeskus.
- Breitve, M., H., Hynninen M., J. & Kvåle, A. 2010. The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15, 4, 212- 221. Wiley. doi: 10.1002/pri.462. Viitattu 1.8.2021. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104949357&site=ehost-live>
- Danielsson, L. & Rosberg, S. 2015. Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10. Abingdon: Taylor & Francis Ltd. doi: 10.3402/qhw.v10.27069. Viitattu 8.8.2021. <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/opening-toward-life-experiences-basic-body/docview/1685936348/se-2?accountid=11773>
- De Ruiter, M., Gamble, A., Pizer Gueron, L., Kibet., J. J. & O' Reilly, C. 2018. Physiotherapy in psychiatric care. *Physiotherapy with survivors of torture and trauma*. Julkaisussa *Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Toim. M. Probst & L. H. Skjaerven. Poland: Elsevier Ltd. 206- 225.
- Dragesund, T. & Øien, A.M. 2019. Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory & Practice*, 35, 9, 833–842. Philadelphia: Taylor & Francis Ltd. doi: 10.1080/09593985.2018.1463327. Viitattu 29.8.2021. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=137091478&site=ehost-live>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. 2019. Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory & Practice*, 2019, 35, 1, 57- 69. Taylor & Francis. doi: 10.1080/09593985.2018.1433256. Viitattu 11.8.2021. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133199599&site=ehost-live>

- Ekerholt, K. & Gretland, A. 2018. Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction. Julkaisussa *Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Toim. M. Probst & L. H. Skjaerven. Poland: Elsevier Ltd. 50- 58.
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. 2014. Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory & Practice*, 30,5, 312- 318. Taylor & Francis. doi: 10.3109/09593985.2013.876562. Viitattu 12.8.2021. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=96844868&site=ehost-live>
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki- Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. *Työpapereita 97*, 1–70. Kansaneläkelaitos. Viitattu 18.9.2021. <http://hdl.handle.net/10138/164282>
- Jehkonen, M. & Nurmi, J. 2019. Tarkkaavuuden häiriöt ja neglect- oire eli huomiotta jättäminen. Julkaisussa *Kliininen neuropsykologia*. Toim. M. Jehkonen, T. Saunamäki & L. Hokkanen. 3. uudistettu painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim. 70–84.
- Kauranen, K. 2017. *Fysioterapeutin käsikirja*. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kinnunen, M. 2016. *Mielekäs keho. Kehon tarinoita*. Lahti: Lahden Työn paikka Oy.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. 1–2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leikola, A. 2014. *Katkennut totuus- Traumatutkielma- Emotionaalinen trauma, rakenteellinen dissosiaatio ja psykopatologia*. Tallinna: Prometheus kustannus Oy.
- Leikola, A., Mäkelä, J., & Punkanen, M. 2016. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2016;132(1):55–61. Viitattu 5.12.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12910>
- Lindfors, B. 2018. Lintu polttaa pesänsä: trauma ja kehollinen psykoterapia. Julkaisussa *Keho ja mieli- johdatus psykofyysiseen psykoterapiaan*. Toim. B. Lindfors, K. C. Waldekrantz- Piselli & J. Ikonen. 1. painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim. 141–163.
- Lundvik Gyllensten, A. & Gard, G. 2018. Best practice: Basic Body Awareness Therapy- Evidence and experiences. Julkaisussa *Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Toim. M. Probst & L. H. Skjaerven. Poland: Elsevier Ltd. 151- 159.

Lundvik Gyllensten, A., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. 2010. Embodied identity. A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice*, 26, 7, 439- 446. Taylor & Francis Ltd. doi: 10.3109/09593980903422956. Viitattu 17.8.2021. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=53507091&site=ehost-live>

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia sarja 4. 3.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. 2006. Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. 1. painos. Oulu: Kalevaprint Oy.

Porges, S. W. 2011. The Polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self- regulation. 1. painos. Painettu Yhdysvalloissa. W.W. Norton & Company.

Porges, S.W. & Peper, E. 2015. When Not Saying NO Does Not Mean Yes: Psychophysiological Factors Involved in Date Rape. *Biofeedback Online*, 43, 1, 45- 48. Lawrence: Allen Press Inc. doi: 10.5298/1081-5937-43.1.01. Viitattu 14.8.2021. <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/when-not-saying-no-does-mean-yes/docview/1683341366/se-2?accountid=11773>

Quillman, T. 2013. Treating Trauma Through Three Interconnected Lenses. Body, Personality, and Intersubjective Field. *Clinical Social Work Journal*, 41, 4, 356- 365. New York: Springer Nature B.V. doi: 10.1007/s10615-012-0414-1. Viitattu 18.8.2021. <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/treating-trauma-through-three-interconnected/docview/1447468995/se-2?accountid=11773>

Sarajuuri, J., Ilvonen, T., Koskinen, S. & Paavola, L. 2019. Tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyn muutokset. Julkaisussa *Kliininen neuropsykologia. Toim. M. Jehkonen, T. Saunamäki & L. Hokkanen*. 3. uudistettu painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim. 182–194.

Sarto- Jackson, I. 2018. Wired for social interaction. What an interdisciplinary approach from neurobiology, evolutionary biology, and social education work can teach us about psychological trauma. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 9, 1, 9-30. Victoria: University of Victoria, Department of Linguistics. doi: 10.18357/ijcyfs91201818117. Viitattu 14.8.2021. <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/wired-social-interaction-what-interdisciplinary/docview/2018264450/se-2?accountid=11773>

Scheffers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., van Duijn, M. A. J., Schoevers, R. A. & van Busschbach, J. T. 2017. Negative body experience in women with early childhood trauma. Associations with trauma severity and dissociation. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1, 1-9. Abingdon: Taylor & Francis Ltd. doi: 10.1080/20008198.2017.1322892. Viitattu 15.8.2021.

<http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/negative-body-experience-women-with-early/docview/2195372650/se-2?accountid=11773>

Skjaerven, L. H. & Mattson, M. 2018. Basic Body Awareness Therapy (BBAT): A movement awareness learning modality in physiotherapy, promoting movement quality. *Julkaisussa Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach.* Toim. M. Probst & L. H. Skjaerven. Poland: Elsevier Ltd. 59- 68.

Sticker Nordbrandt, M., Sonne, C., Mortensen, E. L. & Carlsson, J. 2020 Trauma-affected refugees treated with basic body awareness therapy or mixed physical activity as augmentation to treatment as usual—A pragmatic randomised controlled trial. *PLoS one*, 15,3, 1-16. San Francisco: Public Library of Science. doi:

10.1371/journal.pone.0230300. Viitattu 18.7.2021. <https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/docview/2376718069/abstract/87718EEA10C04455PQ/15?accountid=11773>

Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. 2012. Touched in sensation. Moved by respiration. Embodied narrative identity. A treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 4, 811- 819. Wiley-Blackwell. doi: 10.1111/j.1471-

6712.2012.01024.x. Viitattu 21.8.2021. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104434436&site=ehost-live>

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. 2014. To be held and to hold one's own. Narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17, 4, 609–624. Dordrecht: Springer Nature B.V. doi: 10.1007/s11019-014-9562-0. Viitattu 28.8.2021.

<http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/be-held-hold-ones-own-narratives-embodied/docview/1566735898/se-2?accountid=11773>

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. 2018. Towards living within my body and accepting the past. A case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 21, 3, 363–374. Dordrecht: Springer Nature B.V. doi:

10.1007/s11019-017-9809-7. Viitattu 28.8.2021. <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www-proquest-com.ezproxy.jamk.fi:2443/scholarly-journals/towards-living-within-my-body-accepting-past-case/docview/2084774803/se-2?accountid=11773>

Tarnanen, K., Laukkala, T. & Haravuori, H. 2020. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Käypähoito.* Viitattu 14.8.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/khp00086>

Toimeksiantajan yhteyshenkilö. 2020. Opinnäytetyöhön liittyvä keskustelu. 9.11.2020.

Traumaperäinen stressihäiriö. 2020. Käypä hoito -suositus. Julk. 9.1.2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 25.9.2021. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50080#K1>

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Painettu EU:ssa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Toimituskunta K. Varantola, V. Launis, M. Helin, S. -K. Spoofo & S. Jäppinen. Helsinki. Viitattu 25.9.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. 2. uudistettu painos. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Toimituskunta I. Kohonen, A. Kuula- Luumi & S.-K. Spoofo. Viitattu 25.9.2021. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. 2007. Narratives of embodied experiences. Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9, 1, 31- 39. Taylor & Francis. doi: 10.1080/14038190601152115. Viitattu 22.8.2021. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106123670&site=ehost-live>

Liitteet

Liite 1. Käsite- ja lyhenneluettelo

PTSD = posttraumatic stress disorder, traumaperäinen stressireaktio. Yksittäisen tai muutaman kerran toistuneen yksilöä järkyttäneen traumaattisen tapahtuman aiheuttama tila.

Kehityksellinen psyykinen trauma = Pitkään jatkuvan ja toistuvan traumaattisen tilanteen aiheuttama tila.

Informaation hierarkkinen työstäminen = Kolmella tasolla tapahtuva tiedon käsittely, joista primitiivisin taso on sensorimotorinen (kehollinen) taso ja korkein taso on tietoinen, kognitiivinen taso. Emotionaalinen ja sensorimotorinen taso vaikuttavat toisiinsa usein kiihdyttävästi.

Huipulta alas suuntautuva työstäminen = Kognitiivinen työstäminen, jossa alempien tasojen (sensorimotorinen ja emotionaalinen) työstäminen voidaan estää. Vastakohtana on alhaalta ylöspäin suuntautuva työstäminen, jossa emotionaalisen ja sensorimotorisen työstämisen tasot estävät kognitiivisen tason toimintaa.

Polyvagaalinen teoria = Keskeisenä ajatuksena parasympaattisen hermoston rakenteellinen ja fysiologinen kahtiajako sekä turvallisuuden tunteen vaikutukset vaikutuksiin yksilössä.

Neuroseptio = Neuroseption avulla ihminen arvioi turvallisuuden tunnetta.

Ventraalinen vaguskompleksi = Aktivoituessaan tukee sosiaalista liittymistä.

Vagaalinen jarru = Vagaalinen jarru ja sen säätely mahdollistavat sosiaalisen kanssakäymisen edistämisen rauhoittavaa yhdessäolon kokemusta. Toiminta voi olla myös päinvastainen uhkaavassa tilanteessa, jolloin vagaalinen jarru tukee taistele-pakene reaktiota.

RSA = Respiratorinen sinusarytmia. Sydämen sykkeen rytmisen lisäys tai väheneminen suhteessa hengitystiheyteen muodostaa respiratorisen sinusarytmian. Toimii ventraalisen vaguskompleksin mittarina.

Dorsaalinen vaguskompleksi = Aktivoituessaan aiheuttaa jähmettymisen viimeisenä puolustautumiskeinona. Aiheuttaa happivajetta sekä bradykardiaa.

Sympaattinen hermosto = Vastaa taistele- pakene- reaktiosta.

Ylivireystila = Liittyy sympaattisen hermoston aktivaatioon. Ylivireystilaan kuuluu muun muassa ylivalppautta, herkistynyt reagointi ulkoisiin ärsykkeisiin, keskittymisvaikeuksia sekä psykosomaattista oireilua.

Alivireystila = Ilmenee turtuneisuutena, kuoleman ja tyhjyyden tunteena, halvaantuneisuutena. Liittyy dorsaalisen vaguskompleksin aktivaatioon.

Vireystilan sietoikkuna = Sietoikkunan ollessa leveä vireystilassa tapahtuu luonnollisia muutoksia, mutta ne eivät aiheuta yksilössä merkittävää ja jatkuvaa yli- tai alivirittymistä. Sietoikkunan kaventuessa muuttuvat kokemukset eri vireystilojen vaihteluista hallitsemattomiksi aiheuttaen häiriötiloja.

Dissosiaatio = Persoonallisuuden jakautuminen. Traumaattiseen tapahtumaan liittyvien tunteiden, ajatusten, muistojen ja sensorimotoristen reaktioiden yhdistämisen puuttuminen/ estyminen.

Persoonan rakenteellinen dissosiaatio = Yksilön persoonallisuus jakaantuu erilaisiin osiin, prototyypeiksi traumaattisen tilanteen jälkeen. Kullakin prototyypillä on oma, toisista persoonallisuuden rakenteista eriytynyt minä- kokemus.

BBAT = Basic Body Awareness therapy. BBAT-menetelmässä painotus on tietoisessa liikkumisessa sekä liikkeen syntymisen ja kehittymisen tiedostamisessa.

Liite 2. Kyselylomake



Traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta

Seuraavat kysymykset liittyvät psykkinen trauman kanssa elävien ihmisten kokemuksiin psykofyysisestä fysioterapiasta. Lomake sisältää avoimia kysymyksiä, joihin voit vastata omin sanoin. Avoimissa kysymyksissä vastauksen pituutta ei ole rajattu, voit vastata niin lyhyesti tai pitkästi kuin haluat. Lomakkeella on myös muutamia kysymyksiä, joista voit valita sopivimman vaihtoehdon. Aikaa lomakkeen täyttämiseen menee noin 15- 20min. Vastausaika on 31.8.2021 asti. Vastauksesi auttavat kehittämään psykofyysistä fysioterapiaa kohtaamaan entistä parempi asiakkaiden tarpeita. Kiitos vastauksestasi!

Turvallisuuden tunne omassa kehossaan ja muiden ihmisten kanssa on keskeinen teema psykofyysisessä fysioterapiassa. Riittävä turvallisuuden tunne rauhoittaa mieltä ja kehoa sekä mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen ihmisten välillä. Seuraavat kysymykset liittyvät turvallisuuden tunteeseen.

1. Kun aloitit psykofyysisen fysioterapian, koitko turvattomuutta tai epävarmuutta kehossasi tai muiden ihmisten läsnäolosta?

- Kyllä
- Hieman
- En osaa sanoa
- En

2. Jos vastasit kohtaan a) tai b) tarkentaisitko vielä omin sanoin, miten turvattomuuden tunne ilmeni?

3. Kun psykofyysinen fysioterapia eteni, koitko muutoksia turvallisuuden tunteessa?

- Kyllä

- Hieman
- En osaa sanoa
- En

4. Jos vastasit kohtaan a) tai b) tarkentaisitko vielä omin sanoin, millaisia muutoksia koit turvallisuuden tunteessa?

5. Koetko saavuttaneesi psykofyysisessä fysioterapiassa riittävän turvallisuuden tunteen, joka mahdollistaa mielen ja kehon rauhoittumisen?

Vireystila ja sen säätelykyky heijastuvat kehoon ja tunnetiloihin. Ylivireystilassa ihmisen keho sekä mieli käyvät hallitsemattomasti ylikierroksilla aiheuttaen esimerkiksi sykkeen nousua, hengityksen tihentymistä ja pakonomaisia ajatuksia. Alivireystilaa puolestaan leimaa lamaantuneisuus ja turtuneisuus. Vireystila ja sen säätely liittyvät traumaattiseen kokemukseen ja ovat yksi teema myös psykofyysisessä fysioterapiassa. Seuraavat kysymykset liittyvät vireystilaan ja sen säätelyyn.

6. Kun aloitit psykofyysisen fysioterapian, koitko haasteita oman vireystilan säätelyssä (joko yli- tai alivireystilan)?

- Kyllä
- Hieman
- En osaa sanoa
- En

7. Jos vastasit kohtaan a) tai b), tarkentaisitko vielä omin sanoin millaisia haasteita koit vireystilan säätelyssä ennen terapian alkua?

8. Kun psykofyysinen fysioterapia eteni, koitko muutoksia vireystilan säätelyssä?

- Kyllä
- Hieman
- En osaa sanoa
- En

9. Jos vastasit kohtaan a) tai b) tarkentaisitko vielä vastaustasi omin sanoin, millaisia muutoksia koit vireystilan säätelyssä?

10. Koetko saavuttaneesi psykofyysisen fysioterapian avulla riittävää vireystilan säätelykykyä ja millaisin keinoin opit säätelemään vireystilaa?

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea asiakkaan kehotietämystä ja -tuntemusta sekä oppimista yhdistämään kehollisia kokemuksia emotionaalisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea ihmisen itsetuntemuksen syventymistä kehonaistimusten tarkoituksenmukaisen havainnoinnin ja tulkitsemisen sekä kehotietoisuusharjoittelun keinoin. Kokemuksellisen oppimisen kautta pyritään tukemaan kehollisten kokemusten yhdistymistä tunnekokemuksiin ja ajatuksiin. Ajatusten vaikutuksista tunteisiin, liikkeeseen ja itseilmaisuun opetellaan tulemaan tietoiseksi.

11. Millaisia kehollisia ja/ tai tunne-elämän kokemuksia olet kokenut psykofyysisessä fysioterapiassa ja ovatko kokemukset muuttuneet terapian aikana?

12. Onko psykofyysinen fysioterapia auttanut sinua vahvistamaan kehotietoisuuttasi? Entä lisäämään hallinnan kokemusta suhteessa kehollisiin reaktioihin ja tunteisiin? Jos vastasit kyllä, miten tämä vaikuttaa arjen toimintakykyysi?

13. Miten olet kokenut psykofyysisen fysioterapian? Voit kuvailla vielä yleisesti psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä kokemuksiasi.

14. Koetko saaneesi apua psykofyysisestä fysioterapiasta?

Liite 3. Saatekirje

**Saatekirje**

Hei,

opiskelen fysioterapiaa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ja opinnoissani olen edennyt opinnäytetyö-vaiheeseen. Opinnäytetyöni toimeksiantajana on ---, joka toimii myös yhteistyökumppanina opinnäytetyön toteuttamisessa. Opinnäytetyöni liittyy psykofyysiseen fysioterapiaan ja aiheeni on *”Traumatisoituneiden asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta”*

Tutkimuksen ajankohta on toukokuu 2021 ja tutkimus toteutetaan

kyselylomakkeella, johon toivoisin saavani vastauksia psykofyysisen fysioterapian asiakkailta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa tietoa asiakkaiden kokemuksista psykofyysisestä fysioterapiasta. Tutkimustuloksien avulla psykofyysistä fysioterapiaa voidaan kehittää vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin trauman vakauttamisvaiheessa vielä paremmin. Opinnäytetyö on suunnattu erityisesti psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneille fysioterapeuteille, mutta myös muille fysioterapeuteille ja terapisuhteessa työskenteleville ammattiryhmille.

Opinnäytetyön tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja, vaan kyselylomakkeeseen vastataan anonyymisti. Vastauksia käytetään tutkimuksen aineistona ja niistä voidaan irrottaa lainauksia opinnäytetyöhön. Lainauksista ei voida tunnistaa vastaajaa. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan ammattikorkeakoulujen käyttämässä valtakunnallisessa opinnäytetöiden ja julkaisujen sähköisessä palvelussa Theseuksessa. Vastauslomakkeen mukana saat allekirjoitettavaksi vielä erillisen tutkimusluvan, jossa kerrotaan tarkemmin tutkimuksesta, yksityisyydensuojasta ja tutkimukseen liittyvän aineiston käyttämisestä, säilyttämisestä sekä tuhoamisesta. Allekirjoittamalla tutkimusluvan annat suostumuksesi vastauksiesi käyttämiseen osana tutkimusaineistoa.

Ystävällisin terveisin Krista Hautala, fysioterapeuttiopiskelija.