



TRAUMATISOITUNEEN ASIAKKAAN PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Lora Andersson-Simppula

Kehittämistehtävä
Marraskuu 2013
Erikoistumisopinnot
Psykofyysinen fysioterapia

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Psykofyysinen fysioterapia

LORA ANDERSSON-SIMPPULA

Traumatisoituneen asiakkaan psykofyysinen fysioterapia

Kehittämistehtävä 49 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Marraskuu 2013

Fysioterapiassa kohdataan joka päivä ihmisiä, joiden toimintakyky on fyysisiin tekijöihin nähden huomattavasti alentunut. Heidän fysioterapiansa ei etene, ja lopulta selviää, että taustalla on trauma, joka on järkyttänyt koko ihmisen elämää. Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on ollut lisätä fysioterapeuttien tietämystä trauman kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn sekä antaa keinoja näiden asioiden kohtaamiseen ja hoitoon. Tarkoituksena on ollut kehittää perehdytyskansio psykofyysisen fysioterapian käytöstä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa, sisältäen taustatietoa trauman vaikutuksesta ihmiseen ja konkreettisia esimerkkejä psykofyysisen fysioterapian keinoista hoitaa traumatisoitunutta asiakasta. Tämän kehittämistehtävän sisällöstä, etenkin trauman vaikutuksen osalta, voivat hyötyä fysioterapeuttien lisäksi myös muut traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa tekemisissä olevat työntekijät.

Taustatietoa traumasta kerättiin neurologian, psykoterapian, traumaterapian ja fysioterapian kirjallisista lähteistä sekä psykiatrisen fysioterapian maisterin Riitta Keskinen-Rosenqvistin luennoilta. Lähdeaineistoon yhdistettiin myös muuta kokemuksellista tietoa psykofyysisen fysioterapian käytöstä traumatisoituneilla asiakkailla. Aineistosta nostettiin esiin traumatisoituneen asiakkaan psykofyysisessä fysioterapiassa hyödynnettäviä ilmiöitä, joita voi käyttää terapian tukena. Esiin nostetut ilmiöt ovat 1) kehoitietoisuusharjoittelu, 2) yhteisöllisyyden kokeminen liikkeen, rytmin, laulun ja maadoittumisen avulla, 3) kosketus, 4) rajat ja itsetyynnyttely, 5) tunteet ja 6) hengitys. Liitteenä on lyhyt tiivistelmä koko kehittämistehtävästä harjoitusesimerkkeineen, jonka on tarkoitus tukea fysioterapeutin käytännön työtä traumatisoituneiden asiakkaiden parissa.

Tieto trauman vaikutuksesta ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn lisää sekä hoitohenkilökunnan että asiakkaan ymmärrystä oireista ja voi jopa estää varsinaisen traumatisoitumisen tai ainakin helpottaa oireita. Se, mikä aiheuttaa trauman, on yksilöllistä ja koskee kaikkia ihmisiä pakolaisista leikkauspotilaisiin. Tieto traumasta ja sen hoidosta voi antaa uusia painopisteitä fysioterapialle, ja sen avulla voidaan estää oireiden kroonistumista.

Asiasanat: trauma, psykofyysinen fysioterapia, kohtaaminen, hoito

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Occupational specialization studies
Psychophysical Physiotherapy

LORA ANDERSSON-SIMPPULA:

Psychophysical Physiotherapy for patients with traumatic disorder

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 6 pages

November 2013

In physiotherapy it is common to meet patients who are traumatized and have problems influencing their whole lives. The objective of this development project was to increase knowledge of the holistic influence of trauma and provide tools for dealing with the symptoms. The project's goal was to develop an orientation folder on psychophysical physiotherapy for patients with a traumatic disorder. The folder contains concrete examples of using psychophysical physiotherapy with traumatized patients. Also other health care practitioners, in addition to physiotherapists, can benefit from the orientation folder when working with trauma patients.

The material for this project was gathered from literature of neurology, psychotherapy, trauma therapy and physiotherapy and the lectures of MSc, PT, Riitta Keskinen-Rosenqvist. Empirical experience in psychophysical physiotherapy for patients with traumatic disorder was also included in the data. The material can be classified into elements that support psychophysical physiotherapy on trauma patients. These elements are 1) body awareness exercises, 2) experiencing a sense of community by movement, rhythm, singing and grounding, 3) touch, 4) limits and self-soothing, 5) feelings and 6) breathing. There is also an abstract covering the whole development project to support the physiotherapist's work in practice.

The knowledge of the extensive effects of trauma increases understanding among both practitioners and patients. Better understanding can even prevent the actual traumatizing or at least relieve symptoms. It is individual what causes trauma and it can happen to anyone. The knowledge of trauma and its treatment can give new insights into physiotherapy and help to prevent symptoms from becoming chronic.

Key words: trauma, psychophysical physiotherapy, encounter, treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TRAUMA VAIKUTTAA MIELEEN JA KEHOON	6
3	TRAUMAN TYÖSTÄMINEN	9
4	TRAUMATISOITUNEEN KOHTAAMINEN	12
	4.1 Pakolaisuus trauman lähtökohtana.....	12
	4.2 Ruumiilliset sairaudet trauman lähtökohtana	14
5	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA TRAUMAN HOIDOSSA	17
	5.1 Traumatisoituneen asiakkaan fysioterapiassa huomioitavia seikkoja.....	20
	5.1.1 Kehotietoisuusharjoittelu	21
	5.1.2 Yhteisöllisyyden kokeminen liikkeen, rytmin, laulun ja maadoittumisen avulla.....	23
	5.1.3 Kosketus.....	25
	5.1.4 Rajat ja itsetyynnyttely.....	28
	5.1.5 Tunteet.....	30
	5.1.6 Hengitys	31
	5.2 Psykofyysisen fysioterapian harjoitusesimerkkejä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa.....	34
6	POHDINTA.....	38
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	44
	Liite 1. Traumatisoituneen asiakkaan psykofyysisen fysioterapia – tiivistelmä	44

1 JOHDANTO

Trauma on ihmistä kokonaisuutena koskettava tapahtuma. Se on aina kokijansa subjektiivinen kokemus, jonka seuraukset voivat olla voitokkaita selviytymistarinoita tai koko elämän hajottavia tapahtumaketjuja. (Levine 2008, 52.)

Tämä aihe nousi esiin aloittaessani työt traumatisoituneiden asiakkaiden psykofyysisenä fysioterapeuttina noin kaksi ja puoli vuotta sitten. Huolimatta siitä, että minulle oli ohjattu joitain harjoitteita psykofyysisesti oireilevien asiakkaiden tutkimiseen ja hoitamiseen fysioterapeutin peruskoulutuksen ja syventävän työharjoittelun aikana, koin itseni tyhjäksi kohdatessani traumatisoituneen asiakkaan. Koin jatkuvaa riittämättömyyden tunnetta pohtiessani, oliko vielä jotain, mitä en ollut kokeillut tai huomionut vaikeasti oireilevan asiakkaan hoidossa. Ihmisten tarinat koskettivat ja ymmärsin, miten traumalla oli laajoja, koko elämää koskettavia seuraamuksia. Toisaalta huomasin, että jo asiakkaan kanssa tilanteen jakaminen ja hyvinkin yksinkertaiset harjoitteet saattoivat olla asiakkaille merkityksellisiä ja tuoda kokemuksen siitä, että trauman kanssa voi pärjätä edes hieman paremmin.

Oman kokemukseni valossa halusin ottaa selvää siitä, miten trauma vaikuttaa ihmiseen ja miten tämän tiedon mukaan psykofyysistä fysioterapiaa tulisi toteuttaa. Halusin myös jakaa omaa kokemustani ja oppimaani tietoa toisten fysioterapeuttien käytettäväksi, jotta he voisivat edistää omalta osaltaan traumaattisten asiakkaiden hoitoa. Tämä kehittämistehtävä käsittelee erityisesti asiakkaassa tapahtuvaa traumatisoitumisen kokemusta ja sitä, miten trauma tapahtumana tulisi huomioida psykofyysisessä fysioterapiassa.

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on ollut lisätä fysioterapeuttien tietämystä trauman kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja antaa keinoja näiden asioiden kohtaamiseen ja hoitoon. Tarkoituksena on ollut kehittää perehdytyskansio psykofyysisen fysioterapian käytöstä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa, sisältäen taustatietoa trauman vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja psykofyysisen fysioterapian keinoja sen hoitamiseen. Tämä kansio sisältää myös konkreettisia esimerkkejä psykofyysisistä fysioterapiaharjoitteista, joista voi olla hyötyä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa. Kehittämistehtävän sisällöstä, etenkin alun viitekehyksestä, voivat hyötyä myös muut traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa tekemisissä olevat työntekijät.

2 TRAUMA VAIKUTTAA MIELEEN JA KEHOON

Neurobiologisesti trauman kokemusta tarkasteltaessa, voidaan aivojen toiminta jakaa osiin. Aivoissa sisimpänä sijaitsevat matelija-aivot sisältävät synnynnäisiä ja vaistomaisia käyttäytymismalleja, joiden tehtävänä on varmistaa lajin henkiin jääminen. Seuraavalla tasolla sijaitsevien nisäkäsainvojen tehtävänä on muun muassa saalistamiseen, pariutumiseen ja poikasten hoitamiseen liittyvät toiminnot. Tällä tasolla matelija-aivoissa syntyneet lajin henkiin jäämisen toiminnot yhdistyvät limbisen järjestelmän avulla tunteisiin ja niihin liittyy myös hormonaalista aktivoitumista. Päälimmäisellä tasolla ihmisellä on kehittyneen nisäkkään kädellisaivot, jonka tehtävänä on muun muassa muuntaa koetut asiat kognitiivisiksi havainnoiksi, suunnitella toimintaa ja luoda uutta. (Lehtonen 2011, 35.) Nisäkäsainvoihin kuuluva limbinen järjestelmä, joka säätelee tunnepohjaisia ja sosiaalisia käyttäytymismalleja, on toissijainen matelija-aivoihin nähden. Se ottaa vastaan matelija-aivoista saamansa tiedon ja toimii sen perusteella. Terveessä ihmisessä vaistot, tunteet ja äly toimivat toisiaan täydentäen ja antavat ihmiselle mahdollisimman laajan valikoiman toimintamahdollisuuksia. (Levine 2008, 97–99; Ogden, Minton & Pain 2009, 5–8.) Traumaattisen tapahtuman yhteydessä normaali valintojen kirjo supistuu kun matelija-aivot ja limbinen järjestelmä eivät enää toimi normaalissa yhteydessä toisiinsa ja reaktioista tiettyihin ärsykkeisiin tulee automaattisia ja hallitsemattomia.

Traumaterapeutti Levinen mukaan trauman yhteydessä vapautuu energiaa, joka purkautuu joko taistele tai pakene -reaktion kautta tai aiheuttaa jähmettymisen. Nämä reaktiot ovat automaattisia, peräisin ajalta ennen matelija-aivoja. Taistele tai pakene -reaktiossa energia purkautuu raivoisan vastahyökkäyksen tai äkillisen paon kautta. Jähmettymisreaktiossa raivo, kauhu ja avuttomuus ovat puolestaan kasvaneet hermojärjestelmän kannalta ylivoimaisiksi ja yksilö joko jähmettyy paikoilleen tai menettää tajunsa. (Levine 2008, 30, 103–106, 111.)

Jähmettymisreaktiota seuraavat oireet ovat sekä fysiologisia että psykologisia. (Levine 2008, 42; Ogden ym. 2009, 4) Ne kehittyvät kuukausia, mikäli energiaa ei pureta ja oteta käyttöön. Usein mikä tahansa virike voi aktivoida jähmettymisreaktion uudelleen. Jokaisen uuden jähmettymiskokemuksen mukana energia lisääntyy ja muuttuu lopulta krooniseksi ja voimistuu. Kaikki ihmisen toiminta, jonka tehtävänä on säädellä aktivoitunutta energiaa, on vaarassa vääristyä kun patoutunutta energiaa yritetään hallita. Li-

säksi oireet ovat usein niin pelottavia ja voimakkaita, että traumatisoitunut henkilö kääntää esimerkiksi aggressionsa mieluummin itseään kuin ympäristöään kohtaan. Tällöin tilanteeseen liittyy myös voimakasta kuolemanpelkoa, mikä tekee tilanteesta ihmiselle yhä sietämättömämpää. (Levine 2008, 111, 114–119, 144.)

Ensimmäiset trauman oireet ilmaantuvat tavallisesti pian tapahtuman jälkeen. Näitä oireita ovat muun muassa ylivalppaus, mieleen tunkevat kuvat ja takautumat, äärimmäinen herkkyys valoille ja äänille, liioitellut tunne- tai säpsähdysreaktiot, painajaiset ja öiset pelkotilat, jyrkät mielialan muutokset – kuten raivokohtaukset, kiukunpuuskat, häpeä – heikentynyt stressinsietokyky ja nukkumisvaikeudet. Seuraavaan vaiheeseen kuuluvat muun muassa paniikkikohtaukset, ahdistus- ja pelkotilat, henkisen tyhjyyden ja irrallaan olemisen tunne, välttämiskäyttäytyminen tai vaarasta viehtyminen, itkuisuus, liioitellun voimakas tai vähentynyt seksuaalinen mielenkiinto, muistiongelmia, kyvyttömyys rakastaa, hoitaa ja kiintyä, kuolemanpelko ja hulluksi tulemisen pelko sekä aiemmin mainitut oireet. Viimeisen ryhmän oireita ovat muun muassa liiallinen ujous, tukahtuneet tai heikentyneet tunnereaktiot, kyvyttömyys hoitaa velvollisuuksia, masennus, uhkaavan tuhon, irrallaan olemisen, vieraantuneisuuden ja eristyksissä olemisen tuntemukset sekä aiemmin mainitut oireet. Somaattisia oireita ovat muun muassa krooninen väsymys, alhainen fyysinen energiataso ja immuunijärjestelmän ongelmat kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. Psykosomaattisiin sairauksiin liittyviä oireita ovat erityisesti päänsärky, niska- ja selkävaivat, astma, ruuansulatusongelmia, vatsakivut, vakavat kuukautisvaivat, sokeus, mykkyys, kuurous ja halvaantumisen. Oireet voivat esiintyä myös päällekkäin tai muussa järjestyksessä. Ne voivat olla pysyviä, ajoittaisia tai vuosikymmeniä piilossa olevia. Niiden ilmenemistapaan vaikuttavat trauman luonne, vakaavuusaste, tilanne, missä trauma ilmeni sekä henkilökohtaiset ja kehitystasoon liittyvät voimavarat. Lisäksi monet traumasta kärsivät alistuvat oireisiinsa. Kieltäminen ja muistinmenetys tukevat ja ylläpitävät tätä alistumista ja siten myös oireita. (Levine 2008, 158–161, 177.) Valitettavasti ihmiset eivät useinkaan tunnista kehollisten reaktioiden yhteyttä tapahtumaan ja trauman kokeneelle henkilölle voi jäädä hajanainen kuva itsestään, ikään kuin keho tietäisi sen, mitä kognitiivisella tasolla emme tiedä (Ogden ym. 2009, 3–4).

Myös stressi, ahdistus, kipu, ruumiillinen sairastaminen ja leikkaushoito aikaansaavat trauman kaltaisia kehollisia reaktioita. Oireita ovat erilaiset stressireaktiot, taistele tai pakene -reaktio, jännittynyt lihaksisto, hyperventiloiva tai pidättynyt hengitys ja ahdis-

tus- ja pelkotilat. Lisäksi ongelmalliset vuorovaikutusmallit voivat aktivoitua ja vuorovaikutustilanteet vaikeutuvat varuillaanolon vuoksi. Oireilun pitkittyessä oireet muodostuvat jäykiksi psyykkisiksi rakenteiksi. (Martin, Seppä & Lehtinen ym. 2010, 41).

3 TRAUMAN TYÖSTÄMINEN

Trauman työstäminen voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri lähestymistapaan: kognitiiviseen, emotionaaliseen ja sensorimotoriseen tapaan. Kognitiivisessa lähestymistavassa pyritään käsitteellistämään, ratkaisemaan ongelmia ja tekemään päätöksiä muun muassa havainnoimisen, arvioinnin ja suunnitelmallisuuden avulla. Emotionaalinen työstäminen on kognitiivista työskentelyä, jossa huomioidaan myös tunteet. Sensorimotorisessa lähestymistavassa painotetaan kosketus- ja liikeaistimusten kanssa työskentelyä. (Ogden ym. 2009, 9–15.) Näistä fysioterapiaa lähinnä on sensorimotorinen työskentely, joskin viitteitä voidaan ottaa myös muista lähestymistavoista.

Sensorimotorisesta työskentelystä voidaan erottaa kolme osatekijää: kehonsisäiset aistimukset, ulkoiset viiden aistin aistimukset ja liikkeet. Kehonsisäiset aistimukset tarkoittavat fyysisiä tuntemuksia kuten sisäelinten, lihasten, nivelten ja jänteiden liikkeitä, kivun eri muotoja, lämpötilan, painovoiman ja tasapainon aistimista. Ulkoinen aistiminen sisältää viiden aistin vastaanottamaa ja välittämää tietoa ulkoisesta ympäristöstä. Liikkeisiin kuuluvat hengitys, verenkierto, hormonieritys, vapina ja nykiminen, liikunnalliset taidot kuten konttaus, kävely, juoksu ja hienomotoriset taidot, sanaton kommunikointi kuten kasvojenilmeet, kehon asennot ja käsillä elehtiminen. (Ogden ym. 2009, 9–19.)

Neuropsykologisesti tarkastellen liikkeet ja muun muassa ongelmanratkaisukyky syntyvät samoilla aivoalueilla. Liike on siten yhteydessä mieleemme muokkaamiseen. Liikkeitä on sekä tahdonalaisia että ei-tahdonalaisia, sekä tietoisia että ei-tietoisia. Esimerkiksi jatkuvasti toistetut puolustusliikkeet vaikuttavat kehon rakenteeseen ja toimintaan sekä pitkällä aikavälillä kehon luonnolliseen ryhtiin ja liikkeisiin, mikä synnyttää fyysisiä ongelmia. Lopulta nämä liikkeet vaikuttavat kasvuun ja kehitykseen sekä muuttuvat luonteenomaisiksi. Heikko kehon asento saattaa altistaa esimerkiksi jatkuvan pelon ja epäluottamuksen tunteille ja synnyttää käsityksen, että vaara uhkaa koko ajan kehon viestittäessä jatkuvasta jännitystilasta aivoille. (Ogden ym. 2009, 9–19.) Esimerkiksi vastaanotollani on ollut useita ihmisiä, joiden on ollut vaikea tunkea positiivisia tunteita niin kauan kun heidän asentonsa on ollut sisäänpäin vetäytyvä. Toisaalta kehon asennon avaaminen on tuonut positiivisia vahvuuden ja avoimuuden tunteita, ilman erillistä mielen työstämistä.

Levinen mukaan fyysinen kehotuntuma toimii peilinä, joka yhdistää suuren määrän hajanaista tietoa kokonaisuudeksi ja antaa sille merkityksen ilman jähmettymiselle altistamista. Esimerkiksi kun eläimet päättävät, etteivät ne ole enää vaarassa, ne alkavat usein väristä, nykiä ja vapista. Näin eläimet siirtyvät ylivalppaudesta takaisin rentouden tilaan ilman trauman aiheuttaneen tapahtuman analysointia. (Levine 2008, 75–78, 108.) Ihmisillä puolestaan on usein tapana analysoida kokemansa pelkotilanteet sanoin kehollisesta työskentelystä eriyttynä, mikä ei useiden ihmisten kohdalla ole ollut riittävä toimenpide trauman purkamisessa.

Trauman purkamisessa voidaan nähdä kaksi suuntaa lähestyä oireita. Molempiin suuntiin liittyy tavoite palauttaa ihminen oireineen sille alueelle, jossa hän voi työstää trauma. Tätä aluetta kutsutaan sietoikkunaksi. Niin sanotusti ylhäältä alas tapahtuva työskentely hyödyntää kognitiivista työskentelyä, mielen analysoinnin avulla selvitetään syitä kehon oireille. Toinen suunta on alhaalta ylöspäin suuntautuva työskentely, jossa kehon aistimuksia seuraamalla voidaan tulla tietoiseksi ajatusmalleista oireiden takana. Kehon ja mielen yhtymäkohdassa sijaitsee alue, jolla ihmisestä tulee kokonaisuus, joka voi itse ohjailta toimintaansa, eikä ole enää automaattisten reaktioidensa vietävänä. (Ogden ym. 2009, 5–28.)

Levinen mukaan traumaattisen reaktion ydin on fysiologinen, jolloin myös toipuminen alkaa tällä tasolla. Kehittämällä ajattelu- ja aistimiskykyä, voidaan tietoisesti helpottaa siirtymistä pois traumareaktiosta. Ensimmäinen tehtävä on kehittää helppo yhteys kehotuntumaan, jonka avulla voidaan purkaa latautuneen energian ja ahdistuksen välinen yhteys. Koko prosessin tulee tapahtua mieluummin asteittain kuin äkillisesti. (Levine 2008, 123, 133–135.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kehotuntuman sijaan käytetään usein nimitystä kehotietoisuus. Parviaisen mukaan kehotietoisuus (body awareness) on syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa. Siinä ruumis on ikään kuin peili, joka fysiologisena ja biologisena kokonaisuutena tuo esiin sen, miten ihminen kokee ja tuntee ruumiinsa. Kehotietoisuutta voidaan tarkastella myös psyykkisen, motorisen, autonomisen, endokrinologisen ja immunologisen järjestelmän kautta. Kukin järjestelmä reagoi omalla tavalla ärsykkeisiin ihmisen ollessa vuorovaikutuksessa ympäristöönsä. Järjestelmät vaikuttavat myös toinen toisiinsa. Esimerkiksi hengityksen

voidaan tulkita olevan joko fysiologinen reaktio ja/tai tunteiden tulkitsija. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 32)

Fysioterapian kannalta trauman purkamisessa voidaan keskittyä tähän mielen ja kehon liikkeiden, asentojen ja toimintojen yhteyteen. Kehittämällä kehotietoisuutta ja purkamalla kehon jännitystiloja esimerkiksi kehoa rentouttavien ja avaavien harjoittein turvallisessa ympäristössä, voidaan samalla osoittaa mielelle, ettei nykyhetkessä ole enää mitään sellaista, jota vastaan pitäisi suojautua. Näin ollen fysioterapiasta tulee uusien reaktio- ja toimintatapojen luomista ja harjoittelua. Levinen mukaan harjoittelussa voidaan keskittyä myös esimerkiksi vain aistien ja oireiden seuraamiseen, jolloin energia purkautuu ja paniikki rauhoittuu itsestään, vaikka selitystä ei olisikaan (Levine 2008, 171).

4 TRAUMATISOITUNEEN KOHTAAMINEN

Traumatisoituneita voi kohdata kaikkialla. Trauman aiheuttamat tapahtumat ovat erilaisia ja niistä traumatisoituminen on yksilöllistä. Se, onko trauma syntynyt, selviää yleensä vasta 1-2 kuukautta tapahtuman jälkeen, jolloin traumatisoituminen on jo tapahtunut. Traumatisoituminen voi tapahtua kriittisen tapahtuman yhteydessä, mutta myös sekundaarisesti huonon kohtelun seurauksena. Näin ollen taistelu traumaa vastaan kannattaa ulottaa traumatisoituneiden hoidon ohella ja etenkin ennakoivaksi toiminnaksi. Esimerkiksi katastrofien, onnettomuuksien tai leikkausten yhteydessä saatetaan unohtaa psyykkinen rasitus. Stressioireet (trauman oireet) nähdään osana somaattista ongelmaa ja fyysisen vaurion parannuttua oireet saattavat jäädä vaivaamaan vaurioituneessa ruumiinosassa. Metodien sijaan tärkeintä potilaiden hoidossa onkin aito kohtaaminen ja läsnäolo psyykkisen trauman ja myös fyysisten oireiden kroonistumisen estämiseksi. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.)

Psykiatrisen fysioterapian maisteri Keskinen-Rosenqvistin mukaan seuraavat yleiset ohjeet asiakkaan kohtaamiseen ovat terapiaprosessin kannalta toimivia: Anna lupa surra. Kerro, että olet läsnä. Mieti valmis lause, kuinka reagoit vaikeisiin kuulemiisi asioihin ja vahvista, että olet läsnä. On hyvä tietää asiakkaiden oireiden taustoista, silloin voit arvioida, mikä on mahdollista. Älä lupaa liikaa. Lupaa esimerkiksi keskushermoston rauhoittelua. Hengitys tarttuu, ahdistus siirtyy. Tämä on myös fysioterapeutin vahvuus. Kun on tietoinen omista reaktioistaan, voi rauhoitella itseään ja siten rauhoitella toista kokemuksessaan. (Keskinen-Rosenqvist 2013b.)

Alla käsittelen kahta erityisryhmää ja heidän hoidossaan huomioitavia tekijöitä liittyen trauman hoitoon. Valitut ryhmät ovat yleisiä perusterveydenhuollon asiakkaita.

4.1 Pakolaisuus trauman lähtökohtana

Suurin osa poliittisista pakolaisista on myös kidutuksen ja terrorin uhreja. Suomessa pakolaiset ovat joko kiintiöpakolaisia, joita viranomaiset ovat valinneet eri pakolaisleireiltä, tai turvapaikanhakijoita, jotka oma-aloitteisesti ovat tulleet Suomeen. Viimeksi mainittujen kohtalo on psyykkisesti äärimmäisen vaikea, koska he saattavat joutua odot-

tamaan lopullista vastausta turvapaikkahakemukseensa jopa vuosikausia. Näin ollen he eivät pysty juurtumaan uuteen maahan ja tekemään tarvittavaa surutyötä vaan elävät jatkuvassa epävarmuudessa. (Saraneva 2002, 49.)

Traumat lapsuudessa ovat vaikeammin hoidettavia kuin aikuisuudessa, sillä lapsi ei vielä osaa käsitellä traumaa. Samanlainen trauman käsittelyn vaikeus on ihmisillä, jotka ovat kohdanneet esimerkiksi sodan, joka on jatkuvana toistuvan trauman kokemus. Trauman käsitteleminen ei ole sen jatkuessa mahdollista. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.) Varsinkin sotavangin ja kidutusuhrin kokemuksessa on samoja piirteitä kuin varhaisessa infantiilisessa traumassa. Lapsen kauhu on ajallisesti rajaamatonta, koska hänen käsitöksensä ajan kulusta ei ole vielä kehittynyt. Aikuinen taantuu nopeasti tähän olotilaan, kun häneltä viedään kaikki mahdollisuudet kontrolloida tilannetta tai edes omia fyysisiä tarpeitaan, kuten sotavankeudessa usein tapahtuu. (Saraneva 2002, 52–53.) Sodassa ja vankeudessa traumatisoitunut ihminen kärsii vaikeista oireista, jotka saattavat estää häntä jatkamasta elämäänsä normaaliin tapaan. Hän saattaa olla niin invalidisoitunut, ettei kykene työhön. Eläminen hänen kanssaan tuottaa vaikeuksia koko perheelle. Hän kärsii painajaisista, fyysisistä vaivoista, on levoton ja aggressiivinen. Joskus hän on torjunut traumansa niin tehokkaasti, ettei liitä oireiluaan tähän. (Saraneva 2002, 58.)

Syviin traumoihin liittyy myös herkkyys trauman uudelleen aktivoitumiselle. Esimerkiksi kidutetuilla mikä tahansa aistimus, kosketus tai sanat voivat singota takaisin traumakokemukseen. Koko kehollisuus voi olla kadonnut. Silloin on lähdeittävä liikkeelle kehon tunnistamisharjoitteista kuten istuen jalat lattiaa vasten ja kysymällä: ”Tunnetko jalkasi vasten lattiaa?” Terapiaan kuuluu myös ympäröivien aistimusten huomioimista. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.) Omassa työssäni olen huomannut, että harjoittelu on hyvä aloittaa esimerkiksi linjatun istuma-asennon harjoittelulla. Toiminta on arkipäiväistä ja helposti lähestyttävää. Asiakasta voi ohjata kehotietoisuuteen ja maadoittumiseen ohjaamalla huomio jalkapohjiin ja istuinluihin. Harjoittelu voi sisältää esimerkiksi painonsiirtoja, rangan taivutuksia, vartalonkiertoja, raajojen liikuttamista, liikkeiden kokeilemistä ja kokemista. Harjoittelun lomassa asiakkaasta näkee, miten hän liikkuu, kykeneekö hän liikuttamaan itseään ollenkaan tai onko kenties jokin kehonosa voimakkaasti jännittynyt ja liikkumaton. Mikäli harjoittelu osoittautuu jo alkuun liian haastavaksi, asiakkaan voi ohjata selkänojalliseen tuoliin, josta hän saa tukea asentoonsa. Tässä voidaan huomioida kehon kontaktia istuimeen laajemmin, harjoittelua voi tauottaa ja mahdollisimman mukavassa asennossa asiakkaan huomion voi mahdollisessa paniikkiti-

lanteessa siirtää ympäröivään tilaan katseen siirtämisen, kuuntelemisen tai esimerkiksi tavaroiden nimeämisen avulla.

Pakolaiset kokevat tunteissaan usein vihaa, katkeruutta, syyllisyyttä ja häpeää ja voivat olla käytökseltään myös aggressiivisia. Nämä tunteet ja siihen liittyvät oireet ovat traumaan liittyen normaaleja reaktioita. Jotta ihminen voisi tuntea olevansa arvokas ja tärkeä, hänen täytyisi saada kokea vastavuoroisuutta ihmiskontakteissa. (Saraneva 2002, 65.) Terapiatilanteessa on siis olennaista antaa asiakkaalle mahdollisuus kertoa jotain hyvääkin itsestään. Terapeuttina voi osoittaa kiinnostusta esimerkiksi asiakkaan kulttuuria kohtaan. Usein asiakkaat ovat ilahtuneet kun olen ollut kiinnostunut esimerkiksi heidän nimistään. Monet ulkomaalaiset nimet tuntuvan tarkoittavan kauniita ja voimaannuttavia asioita. Asiakasta voi samalla ikään kuin muistuttaa hänen todellisesta itsestään trauman keskellä. Kaiken ahdistuksen keskellä nimi voi luoda esimerkiksi toivoa.

4.2 Ruumiilliset sairaudet trauman lähtökohtana

Ihmisen ruumis kertoo sanattomasti itsestään. Ruumis muistaa, puhuu ja ajattelee omalla kielellään. Ruumis kertoo mielen sisäisestä maailmasta, vuorovaikutuksesta, perheestä, henkilöhistoriasta, sukupolvien historiasta ja ulkoisista olosuhteista kuten nälästä, kylmyydestä tai liiallisesta lämmöstä. (Siltala 2002, 242.)

Ruumiillinen sairaus katkaisee aina asiakkaan jatkuvuuden tunteen ja luo turvattomuutta epävarman tulevaisuuden vuoksi. Sairauden kriisiin sisältyy mahdollinen vammautuminen ja elinten menetykset ja muutokset, seksuaalisen identiteetin vammat, runsaat kivut ja usein hyvin rankat lääketieteelliset toimenpiteet kuten leikkaukset, lääkitykset, säde-tykset ja sairaalajaksot. Ruumiillinen sairaus koetaan eri tavoin eri ikävaiheissa – vauvana, lapsena, nuorena, keski-ikäen eri vaiheissa ja vanhuudessa. Sairaudesta sisältää myös vanhemmuuden, parisuhteen, perheen, työyhteisön ja ystäväpiirin kriisin. Se koskee myös sairauden lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta vastaavaa työyhteisöä jäsenineen. Nämä kaikki sairastumiseen ja sairauteen liittyvät ulottuvuudet on tärkeätä tunnistaa. Somaattisiin lääketieteellisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin sisältyen ja niiden rinnalla on ensisijaista kannatella ja tukea potilasta sairauden aikaansaaman kriisin vastaanottamisessa ja työstämisessä. (Siltala 2002, 252.) Ensimmäinen eheyttävä kokemus sairauden tiellä voi olla se tapa, miten työntekijä ja koko hoitotiimi vastaanottavat poti-

laan. Niin sairaan kuin työntekijänkin persoonallisuudella on merkitystä ja vaikutusta lääketieteellisissä tutkimus- ja hoitotoimenpiteissä. Näissä käytännön tilanteissa ratkaisu ei ole vain se, miten paljon vuorovaikutuksessa on keskustelua, vaan myös se, että tutkimus- ja hoitotoimenpiteet vastaavat potilaan sen hetkistä kokonaistilannetta. (Siltala 2002, 243.)

Lääketieteelliset toimenpiteet vaikuttavat potilaan ruumiinkuvaan. Kukin potilas arvostaa ja merkityksellistää ruumiin elimensä eri tavoin. Mitä keskeisempi elimen merkitys on ihmisen itsekokemuksen kannalta, sitä enemmän sen vaurio, vammautuminen tai menetys vaikuttaa myös ruumiinkuvaan. Työntekijöiden ja omaisten valmius keskustella potilaan kanssa ruumiin elinten menetyksistä, vaurioista ja muutoksista auttaa potilasta surun äärelle. Vaikka potilas ei löytäisi sanoja tunteilleen, työntekijä ja omainen voivat jäädä sairaan lähelle ja jakaa hiljaisesti sanatonta surua tai antaa potilaalle siihen sanoja. Suremattomat menetykset puolestaan voivat muodostaa jatkuvan uhan, joka saa erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä ilmiöitä kuten katkeruutta, syyllisyyttä, vihaa ja uusia psykosomaattisia oireita. Hoidon ja huolenpidon tunneviritys vaikuttaa myös siihen, miten sairas voi löytää uudestaan luottamuksen itseensä ja omaan ruumiiseensa. (Siltala 2002, 259–260, 263.)

Potilaalle on välttämätöntä, että hän saa vähitellen sanoitettua tunnetilojaan, mielikuviaan ja ajatuksiaan ja että hän saa kertoa niistä lääkärilleen ja myös muille työntekijöille aina uudestaan. Ruumiillisen sairastamisen aikana ja siihen liittyvissä toimenpiteissä – kuten leikkauksissa, säde- ja lääkehoidoissa – ihminen joutuu miettimään, kenelle minun ruumiini kuuluu. ”Kuuluuko se lääketieteelle, lääkäreille, sairaanhoitajille vai minulle itselleni? Miten ja millä tavoin se on minun? Voiko se vielä vioittuneenakin olla kotini?” (Siltala 2002, 256–259.) Vuorovaikutus vaikuttaa myös siihen, millaisena potilas näkee tulevaisuutensa ja miten hän motivoituu kuntoutukseen tai kroonistuuko hän oireidensa vuoksi. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hänen tunteensa huomioidaan ja hänelle annetaan lupa surra. Myötätuntoa voi osoittaa antamalla asiakkaalle tilaa, jota hän voi täyttää puheella, hiljaisuudella tai jakamisen kokemuksella. Jos aikaa on vähän, voi terapeutti istahtaa viereen ja kertoa siinä asiansa rauhallisesti sen sijaan, että järjestelisi esimerkiksi papereitaan samaan aikaan. Joku viisas on joskus sanonut, että ihmiset eivät muista, mitä sanoit vaan sen, millaisen kokemuksen heille annoit. Jokaisella on varmasti kokemuksia siitä, miten on sanonut tai ottanut vastaan viestin, joka ei olekaan

lopulta jäänyt mieleen. Herkässä tilassa oleva asiakas hyötyy eniten huolella valituista harvoista harjoitteista kuin määrällisestä tehokkuudesta.

Ruumiillisesti sairas myös suojelee omaa somaattista luomustaan. Filosofian lisensiaatti, psykoanalytikko Siltala viittaa ajatuksissaan McDougalliin ja Lipowskiin, joiden mukaan ruumiillinen sairaus saattaa merkitä sairastuneelle henkilökohtaisen elämän kannalta välttämätöntä asiaa, menetystä, uhkaa, helpotusta tai rangaistusta. Nämä usein tiedostamattomat sairaudelle annetut sisäiset merkitykset vaikuttavat eri tavoin sairauskäyttäytymiseen, sairaudesta paranemiseen ja kuntoutusmotivaatioon. Näin ollen huolellisten ja korkeatasoisten lääketieteellisten tutkimusten ohella on tärkeää tutkia ja selvittää, minkälaisella ihmisellä tämä sairaus on, minkälainen on tämän sairaan ihmisen mielenmaailma, mielen tila, mitä hän on elämässään kokenut ja minkälainen on hänen elämäntilanteensa nyt. Tämän taustatiedon tulisi näkyä sairauskertomuksessa somaattisen diagnoosin rinnalla. (Siltala 2002, 249, 253, 254.) Haastattelun ja hoidon lomassa käydyn keskustelun avulla voidaan selvittää potilaan ja sairauden taustaa ja nykytilannetta. Tämä keskustelu on arvokasta tiedonkeruuta sekä työntekijälle että sairaalle itselleen. Hoidon tavoitteiden muodostamisessa ja ylipäätään hoidon onnistumisen edellytys on asiakkaan tilanteen huolellinen kartoitus.

5 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA TRAUMAN HOIDOSSA

Psykofyysisellä fysioterapialla on useita eri kehittäjiä ja sen sisältö muuttuu jatkuvasti. Tunnetuimpia psykofyysisen fysioterapian menetelmien kehittäjiä ovat olleet ainakin Dropsy, Roxendal, Skjaerven ja Bunkan. Heistä jokainen on painottanut oman taustansa ja mielenkiintonsa mukaan eri asioita, mutta kaikille yhteistä on ollut ruumiinkuvaharjoittelu. Dropsy (1991, 2000) keskittyi harjoittelussa hengitykseen, ruumiin keskipisteen tiedostamiseen, tasapainoiseen pystyasentoon ja äänen käyttöön itämaisestä traditiosta kehittämiensä harjoitteiden avulla. Roxendal (1987) kehitti Dropsyn teorioita ja harjoitteita eteenpäin ja loi harjoitteita huomioiden ruumiin suhdetta alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskuksiin, hengitykseen, kävelyyn, lihasjännityksiin ja rentoutumiseen. Lisäksi huomion kohteena ovat olleet ääni, liike- ja rytmitynne, peiliharjoitteet sekä kontakti muihin ihmisiin. Skjaervenin (2002) mukaan olennaista kehotietoisuudessa ja ruumiinkuvaharjoittelussa on liikkeenlaatu. Liikkeenlaatuun kuuluu hänen mukaansa kehon dynaaminen tasapaino yhdistettynä täydelliseen koordinaatioon. Terapiassa huomio kohdistetaan erityisesti posturaaliseen vakauteen, vapaaseen hengitykseen ja koko kehon tiedostamiseen. Bunkanin (1983) huomion kohteena on ollut erityisesti asiakkaan psykofyysisien resurssien määrittely ruumiin asentoa, hengityskapasiteettia, lihasjänte-vyyttä, kipua, vegetatiivisia ja psyykkisiä reaktioita tarkkailemalla.

Psykofyysisen näkökulman havainnollistamiseen sopii hyvin Dropsyn (2000) vertauskuva ihmisen olemassaolon neljästä tasosta: hevosen, sen vetämien vaunujen, kyydissä olevan isännän ja ajurin avulla. Tässä vertauskuvassa hevonen esittää ihmisen fysiologista tasoa, vaunut fyysistä tasoa, isäntä eksistentiaalista tasoa ja ajuri psykologista tasoa. Mikäli mikä tahansa näistä tasoista poistetaan tai muutetaan, toiminta muuttaa muotoaan. Hevosen vetämät vaunut matkustajineen vaihtavat suuntaa tai matka voi pysähtyä. Samoin psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluu koko ihmisen kokonaisuuden huomiointi kaikilla vertauskuvan tasoilla.

Psykofyysinen fysioterapiayhdistyksen mukaan psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Työvälineinä ovat muun muassa liikeharjoitteet, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusharjoitukset, pehmytkudoskäsittelyt ja vuorovaikutusta vahvistavat menetelmät. Kuntoutuksessa huomioidaan myös kuntoutujan tunteet, ajatukset ja merkitykset omaan hengitykseen, asentoihin ja liikkumiseen liitty-

en. Fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina asiakkaan voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan ja toteutuneen fysioterapian arvioinnissa merkittävintä on asiakkaan itse kokema muutos ja kasvukehitys kohti oman elämänsä hallintaa. (Psykofyysinen fysioterapiayhdistys 2013)

Psykiatrisen fysioterapian maisteri Riitta Keskinen-Rosenqvist – joka on viime vuosina käynyt useampaan otteeseen Suomessa luennoimassa psykofyysisen fysioterapian käytöstä trauman hoidossa – on tutkinut katastrofitekemuksen ja kehon terveyden yhteyttä tsunamikatastrofin 2004 jälkeen. Tutkimuksen mukaan lähes puolet 1505 vastaajasta koki ruumiillisia oireita päivittäin tai useamman kerran viikossa vielä vuoden kuluttua katastrofin jälkeen. Lisäksi katastrofissa loukkaantuneilla oli kohonnut riski ruumiillisiin oireisiin vielä kolmen vuoden jälkeen, jolloin ruumiilliset oireet olivat jo fyysisesti parantuneet. Haastatellut raportoivat muun muassa aistien herkistymisestä katastrofia muistuttaville aistimuksille, jotka aiheuttivat hengityksen salpautumista, niskan jäykistymistä, krampeja vatsassa, huimausta ja yleistä jännittyneisyyttä. Fysioterapeuttisessa tutkimuksessa katastrofin kokeneilla todettiin mm. selkeitä puutteita kehon ja hengityksen joustavuudessa. Lisäksi katastrofin kokeneet raportoivat katastrofiin liittyen neurologisia oireita kuten päänsärkyä, huimausta, kömpelyyttä ja päässä tuntuvaa väsymystä, nämä oireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi kolmen vuoden seurantajakson aikana. Psykkisen traumatisoitumisen riskiä kasvattivat puolestaan loukkaantumista seurannut kipu ja avuttomuuden tunne. (Keskinen-Rosenqvist, 2013a.)

Keskinen-Rosenqvistin mukaan terveydenhuollossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota katastrofien – sekä myös esimerkiksi vaikeiden liikenneonnettomuuksien ja väkivallan – uhrien hoidon yhteydessä ilmenneisiin neurologisiin oireisiin. Hänen mukaansa fysioterapeutit ovat yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa avainasemassa uhrien auttamisessa ja tiedottamisessa kehon tuntemusten yhteydestä traumaattisiin tapahtumiin. Lisäksi fysioterapeutit voivat ohjata yksinkertaisia harjoituksia tasapainon, koordinaation ja liikerytmin normalisoimiseksi sekä kehon joustavuuden, hallinnan ja tunnistamisen lisäämiseksi. Näillä keinoin voidaan ehkäistä myös vaivojen pitkittymistä ja asiakkaan pelkoa sairastumisesta diagnosoimattomaan sairauteen. (Keskinen-Rosenqvist, 2013a.)

Keho voi olla jopa keskustelua parempi tie traumatisoituneen avuttomuudentunteen vähentämisessä ja kontrollintunteen rakentamisessa. Keskinen-Rosenqvistin mukaan

traumatisoituneilla esiintyvät perusmotoriikan häiriöt – jotka vaikuttavat rytmitunte-
mukseen, tasapainoon ja koordinaatioon – johtuvat tietoisesta muistin ja kehollisen, ei-
tietoisesta muistin väärintulkinnasta. Vastavuoroisesti motorinen harjoittelu kuten har-
joitteet, joissa toistetaan yksinkertaisia, säännönmukaisia liikkeitä voivat vaikuttaa her-
mostoon. Erityisesti kehon liikkeet yhdistettynä kehotietoisuuteen voivat tasapainottaa
hermostoa. Hyvin toimiva tahdonalainen motoriikka, hyvin toimiva tasapaino ja koordi-
naatio voivat olla tärkeä tekijä traumatisoituneen yksilön kontrollin kehittämisessä.
(Keskinen-Rosenqvist 2012a, 350–351.)

Keskinen-Rosenqvistin mukaan traumatisoituneen asiakkaan psykofyysiseen fysiotera-
piaan kuuluu yleisesti seuraavat osa-alueet: liiketoimien tasapainottaminen, kehon tie-
dostaminen ja tahdonalaisten liikkeiden tekeminen jälleen tahdonalaisiksi. Muutosta
lähestytään niin sanotusti alhaalta ylös – sanattomasta, automaattisten toimintojen ja
liikkumisen alueelta kohti käyttäytymistä ohjailevaa, tietoista, loogista ja sanoitettavaa
toimintaa. (Keskinen-Rosenqvist 2012) Harjoitteet keskitetään rytmin, tasapainon,
koordinaation, aistien ja liikkeiden sekä sanojen ja liikkeiden havainnointiin ja harjoitte-
luun sekä vasen-oikea-aivopuoliskon ylittäviin toimintoihin (Keskinen-Rosenqvist
2013b).

Harjoittelu tapahtuu yksinkertaisten, rytmisten ja hitaiden liikkeiden avulla kunnes keho
alkaa levätä liikkeessä. Yksinkertaiset liikkeet kasvattavat kehotietoisuutta ja ymmär-
rystä kehon reaktioista. Harjoittelu aloitetaan esimerkiksi raajoista pikkuhiljaa siirtyen
kohti pahemmin oireilevaa keskustaa. Harjoittelun ohella jatkuvasti sanoitetaan kehon
reaktioita ja tehdään ymmärrettäväksi sitä, mitä kehossa tapahtuu ja miltä kehossa tun-
tuu. Harjoittelu ja keskustelu oireista lisäävät yhdessä kehotietoisuutta ja läsnäoloa ny-
kyhetkessä sekä vähentää kehollista pelkoa ja jännittyneisyyttä, jolloin myös taustalla
olevan psykologisen ongelman työstäminen helpottuu. Tietoinen läsnäolo kehoharjoit-
teissa valmistaa traumatisoitunutta kohtaamaan myös keholliset odotettavissa olevat ja
odottamattomat reaktiot. (Keskinen-Rosenqvist 2012a, 350–351, 353.) Yleisesti yllätyk-
sellisyys pahentaa traumatisoituneen oireita ja lisää hallitsemattomuuden tunnetta.

Keskinen-Rosenqvistin mukaan harjoittelun kokemiseen monin aistein kannattaa panos-
taa sillä, mitä voimakkaampi kokemus, sitä nopeampi on oppimisprosessi (Keskinen-
Rosenqvist 2012b). Harjoitteisiin voidaan yhdistää audittiivista, visuaalista ja taktilista
informaatiota esimerkiksi yhdistämällä liikkeeseen huomioita siitä, miltä tömistys kuu-

lostaa, mihin suuntaan liikesuunta kulkee ja voiko sitä seurata katseella, miltä liike, rytmi tai hengitys tuntuvat. On kuitenkin vältettävä mielen ja kehon liiallista kuormitusta, sillä ylivirittynyt keho ja mieli menevät helposti ylikierröksille ja loukkaantumisriski kasvaa. (Keskinen-Rosenqvist 2012a, 351–352.)

Rentoutuminen ei yleensä onnistu traumatisoituneelta asiakkaalta vaan sen harjoittelu voi aiheuttaa epäonnistumisen tuntemuksia. Rentouden sijaan asiakas ohjataan huomiomaan kehon reaktioita. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.) Omassa työssäni olen huomannut asiakkaiden hyötyvän ja myös toivovan melko usein esimerkiksi manuaalista käsittelyä jännityksen ja kivun vähentämiseksi. Tärkeintä lieneekin se, ettei asiakkaalle aseteta vaatimuksia rentoutua, vaan lisätään ymmärrystä siitä, että jännitys kuuluu trauma-reaktioihin ja oireita voidaan työstää esimerkiksi manuaalisella käsittelyllä tai erilaisin liikkuvuusharjoittein. Itse ajattelen myös niin, että asiakkaalle on hyvä antaa kokemus edes hieman rennommasta olotilasta, pienestä hengähdysvetestä oireiden keskellä, jotta asiakas jaksaa ja kykenee uskomaan muutokseen omassa olotilassaan. Asiakkaan vakaumus siitä, ettei koskaan tule tuntemaan muuta kuin kivun ja jännityksen, tuntuu nimittäin olevan yksi suuri este muutoksen tiellä. Myös lepoasentojen ohjaamiseen on hyvä panostaa.

5.1 Traumatisoituneen asiakkaan fysioterapiassa huomioitavia seikkoja

Kuten aiemmin todettiin, trauma aiheuttaa ihmisen mielen ja kehon välille ristiriitaa ja hämmennystä, kun keho reagoi traumaan mielen ymmärtämättä oireiden alkuperää. Aiemmissa luvuissa tuotiin myös esiin useita trauman aiheuttamia fyysisiä oireita kuten tasapainon ja koordinaation heikentyminen, mihin fysioterapialla voidaan vaikuttaa. Tässä kappaleessa tarkastellaan hieman lähemmin muutamia traumatisoituneen asiakkaan hoitoon liittyviä seikkoja, joita voidaan soveltaa myös fysioterapiaan. Yhtä ainoaa totuutta siitä, miten traumatisoituneiden kanssa tulisi toimia, ei ole. Alla olevista osaluista monet menevät keskenään päällekkäin ja liian tarkka ohjeiden seuranta voi viedä harjoittelulta helposti todellisen läsnäolon. Oman kokemukseni perusteella on kuitenkin hyvä pitää terapian aikana mielessään jonkinlaisia lainalaisuuksia kuin punaisena lankana, jonka avulla voidaan vastaanotolla edetä. Mikäli yksi tie ei johda toivottuun tulokseen, voidaan koettaa toista. Jokainen ihminen ja jokainen traumatisoitunut on erilainen, samoin fysioterapian keinot ja hyväksi koetut harjoitteet heidät kuntouttamises-

saan voivat olla keskenään erilaisia. Yleisesti harjoitteiden tulisi kuitenkin olla mahdollisimman yksinkertaisia ja selkeitä asiakkaiden mielen ja kehon toimintahäiriöiden vuoksi.

5.1.1 Kehotietoisuusharjoittelu

Psykofyysisen fysioterapeutin näkökulma trauman hoitoon eroaa psykoterapeutin näkökulmasta eikä voida olettaa, että molemmat ammattiryhmät toimisivat täysin identtisesti traumatisoituneen asiakkaan kohdatessaan, mutta useat samat periaatteet ovat hyödynnettävissä sekä fysioterapiassa että psykoterapiassa. Alle on koottu psykofyysiseen näkökulmaan sopivia toimintatapoja traumaattisen asiakkaan kehotietoisuuden lisäämiseksi.

Sensorimotorisen psykoterapian mukaan traumasta kuntoutuminen tulee aloittaa turvallisuudentunteen synnyttämisellä sekä totuttelemisella itsestä huolehtimiseen. Turvallisuudentunne syntyy opettelemalla jo heti terapian alussa oman tilan vakauttamiskeinoja. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas opettelee käyttämään kehon liikkeitä, aistimuksia ja asentoja tietoisesti ahdistuksen, tunteiden ja muistojen hillitsemiseksi. Asiakkaan kalpeus, nopea hengitysrytmi, pidättyvä hengitys, laajentuneet pupillit ja vilunväristykset ovat merkkejä sympaattisen hermoston aktivoitumisesta ja vakauttamisen tarpeesta. Vakauttavia toimia ovat yleensä huomion kiinnittäminen tähän hetkeen, oman kehon sisäisiin tai ympäröiviin aistimuksiin. Turvallisuudentunteen lisäksi nämä toimet rohkaisevat asiakasta työskentelemään itselle vaikeiden asioiden parissa. (Rothschild 2004.)

Terapeutin itsensä on oltava herkkä asiakkaan turvallisuudentarpeelle ja tarpeelle tutkia sisäistä kokemustaan. Terapeutin tehtävä on havainnoida asiakkaan mahdollista ahdistusta ja helpottaa sitä säätelemällä omaa äänenävyä ja etenemisnopeutta, huomioivalla läsnäololla ja muuntelemalla vireystilaa niin, että asiakkaan sietoikkuna (sietokyky) laajenee. Energiansäätelykeinoja ovat kova harjoittelu tai pelaaminen ja rauhoittavat toimet kuten rytmikäs keinunta, tai chi ja joogaharjoitus. (Ogden ym. 2009, 60–67, 88, 111.) Eräs hyväksi koettu vakauttava harjoite on esimerkiksi paniikkitilanteessa käyttää käsien jännittämistä nyrkkiin ja kehoa vasten samalla kun painaltaa jalkoja voimakkaasti maahan. Jännityksen aikana voi sanoa itselleen: ”Minä selviän, ei ole kyse traumasta”

pitäen samalla hengitys vapaana. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.) Toinen hyvä keino ylivireyden laskemiseksi on kävely tai muu rytmikäs ja riittävän yksinkertainen liike (Keskinen-Rosenqvist 2012a, 352). Asiakkaan vireystilan mukaisesti voidaan asiakkaan huomiota vaihdella myös ulkoisen havainnoinnin (keskustelun) ja nykyhetken kokemuksen (kehotietoisuusharjoittelun) välillä (Ogden ym. 2009, 60–67, 88, 111).

Huomioivan läsnäolon ja itsetutkiskelun ohella harjoittelussa voidaan hyödyntää myös leikkiä, joka usein ilmenee yhdessä tutkimisen kanssa. Leikissä kohonnut vireystila yhdistyy mielihyvään ja endorfiinituotannon lisäämiseen, rentouteen ja yleisen hyvinvoinnin lisääntymiseen. Tyypillisesti traumatisoituneilla on vaikeuksia ja pelkoja liittyen rentoutumiseen ja leikkiin, mutta terapeutti voi leikkitilan luomisella auttaa asiakasta nauttimaan toipumisprosessista ja irrottautumaan traumaattisiin miellehtymiin samais- tumisesta. Sablen mukaan terapian tukikohtana toimii asiakkaan kiintyminen terapeuttiin, mikä luo turvaa ja helpottaa uusien toimien harjoittelua. Samalla kehittyvät joustavat ihmissuhdetaidot, vuorovaikutuksen säätely ja itsesäätelyn taidot. (Ogden ym. 2009, 115–124, 172–211.)

Levinen mukaan yhteys kehotuntumaan (kehotietoisuuteen) auttaa ihmisiä tuntemaan olonsa luonnollisemmaksi, kehoonsa ankkuroituneeksi ja siinä viihtyväksi. Harjoittelu voi parantaa myös tasapainoaistia, koordinaatiota, muistia ja luovuutta. Yllä olevat asiat ovat kaikki traumatisoituneella henkilöllä usein heikentyneitä ja harjoittelu voi olla haastavaa, joten siinä voidaan edetä pienin askelin. (Levine 2008, 82–84.) Ohjaajan on tuotava vaikeat ja pelottavatkin asiat esiin lempeästi ja pakottamatta. Harjoittelussa on myös syytä antaa tilaa kokemiselle ja asioiden huomioimiselle ilman turhaa tulkintaa, analysointia tai tilanteen selittämistä. Puutteiden ohella huomioidaan asiakkaan vahvuuksia. (Levine 2008, 82–84; Ogden ym. 2009, 214–216.) Mikäli asiakkaan harjoittelun toteutumista arvioidaan sanalla ”hyvä”, syntyy asiakkaalle ymmärrys, että on myös ”huono”. Traumatisoituneen hallinnan tunteen lisäämiseksi olisi tärkeää antaa asiakkaan mieluummin kertoa, miltä harjoittelu tuntui. Asiakasta voi auttaa onnistumisessa valitsemalla riittävän helpot harjoitteet ja esimerkiksi fasilitoimalla liikkeen suuntaa. Terapian kannalta on tärkeää, että terapeutti uskoo asiakkaan onnistumiseen. (Keskinen-Rosenqvist 2012b.)

Myös selkeät tehtävänannot helpottavat harjoittelua ja tuntuvat tuovan turvallisuutta asiakkaalle. Omassa työssäni olen myös huomannut, että kun muutosprosessille ane-

taan aikaa ja edetään harjoitteissa asiakkaan rytmiin sekä päätetään asiakkaan kanssa yhdessä hänen voimavaroilleen sopivista harjoitteista, asiakas alkaa pikku hiljaa luottaa siihen, että vaikeatkin oireet voivat olla purettavissa. Usein keinot tähän löytyvät omaa kehoa huomioimalla, harjoitteita kokeilemalla ja jopa asiakkaan itse luomalla. Asiakkaalle turvallisessa, ennakoitavissa olevassa tilassa kehon reaktioista tulee normaaleja aiempaan kokemukseen nähden, jolloin itselle voi myös helpommin antaa luvan muuttua. Terapeutti on tässä prosessissa kanssakulkija ja asiakkaan prosessin todistaja.

Sensorimotoriseen psykoterapiaan kuuluu ajatus siitä, että kuntoutuminen on tehokkainta silloin kun samanaikaisesti huomioidaan keho, tunteet ja mieli. Terapeutti voi helpottaa asiakkaan huomion suuntaamista omaan kokemukseensa sanoittamalla asiakkaan kehollisuutta, emotionaalista ja kognitiivista tilaa esimerkiksi seuraavin lausein: ”Näytät istuvan suurempana”, ”Tuon sanominen tuntui varmasti hyvältä” ja ”Näytät ymmärtävän, että sinulla on jotain annettavaa”. Asiakkaalle annetaan myös lupa olla terapeutin kanssa eri mieltä. (Ogden ym. 2009, 60–67, 88, 111.) Itse käytän terapiassa paljon kysymyksiä ohjatessani harjoituksia. Kerron, että kysymykset ovat vihjeitä, joiden avulla ehkä löytää jotain itsestään. Kaikkia vastauksia ei tarvitse löytää vaan on mahdollista jäädä myös seuraamaan jonkin kysymyksen osa-alueita itsessään, kuten ”Mitkä kohdat kehosta koskettavat alustaa?” Asiakas voi harjoittelun lomassa tai jälkeenpäin kertoa havainnoistaan, joista voidaan keskustella. Asiakasta voi myös pyytää vertailemaan oloa kehossaan ennen ja jälkeen harjoittelun. Mikäli asiakas ei tuota havaintoja, kerron havaintoni asiakkaan harjoittelusta mahdollisimman neutraalisti ja kysyn, tunnistaako asiakas samoja asioita itsessään. Havainnot painottuvat fysioterapiassa kehollisiin havaintoihin. Harjoitteen herättämiä tunteita voidaan kuitenkin sivuta ja poimia harjoitteluun mukaan, painottaen erityisesti asiakkaan positiivisiksi kokemia tuntemuksia.

5.1.2 Yhteisöllisyyden kokeminen liikkeen, rytmin, laulun ja maadoittumisen avulla

Traumasta parantuminen on yhteydessä elämän ja maailman kaikkeuden rytmiin, jota voi vahvistaa myös rytmillisin harjoittein. Levine viittaa näissä ajatuksissaan Tohtori James Prescottin tutkimuksiin, joiden mukaan rytmillisiä liikkeitä ja fyysistä yhteyttä suosivissa yhteisöissä on vain vähän väkivaltaa. Tätä on selitetty siten, että liike, rytmi ja laulu vahvistavat rauhallista valppautta ja vastaanottavuutta edistäviä hermoratoja.

(Levine 2008, 232, 240–241.) Rytmiiin perustuvia ilmaisun muotoja ovat muun muassa runous, tanssi, leikki, pelit ja riimitteilyt. Huomion voi suunnata myös vuodenaikojen vaihteluun, valtameren aaltoihin, sydämen sykkeeseen tai musiikkiin. (Martin ym. 2010, 91.) Ehkä yksinkertaisin ja tutuin rytmikäs liike on kävely, jota voidaan käyttää useimpien ihmisten kohdalla esimerkiksi oman rytmin tunnistamiseen ja vahvistamiseen. Kävelyn avulla voidaan kokea myös yhteisöllisyyttä kun koetetaan toisten rytmejä ja tapoja liikkua. Tanssi on hyvä esimerkki tavasta kokea toisen ihmisen fyysistä läheisyyttä yhdessä rytmin ja maadoittumisen kokemusten kanssa.

Levinen mukaan maadoittavat harjoitukset lisäävät mahdollisuutta joustavaan voimaan (Levine 2008, 123, 133–135). Maadoittavissa harjoitteissa ollaan tietoisia jaloista ja jalkateristä, niiden painosta ja yhteydestä maahan, esimerkiksi seisomisen ja painonvaihtelun kautta. Asiakasta voidaan ohjata aistimaan painovoimaa myös tömistelyjen ja polvilukkojen avaamisen avulla tai istuen jalkoja painamalla maahan ja tunnistelemalla istuinluiden kosketusta alustaan sekä jalkoja hieromalla. Myös yksinkertaiset harjoitukset, jotka lisäävät tietoisuutta kehon takaosasta, tukevat ryhtiä ja kehon sisäisiä voimälähteitä. Kehon maadoittuessa myös minuus eheytyy. Erityisesti asiakkaat, joilla on vaikeuksia hallita aggressiivisuuttaan, voivat hyötyä näistä harjoituksista. (Ogden ym. 2009, 231–232.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään niin ikään kehotietoisuusharjoitteita, joissa ollaan tietoisia muun muassa jalkojen kosketuksesta alustaan, tukipinnasta, kehon painopisteistä, asennoista ja liikkeistä. Harjoitteisiin voidaan yhdistää rytmillisiä liikkeitä ja liikkeiden toistaminen tuo asiakkaille varmuutta. Liikkeen muoto voi olla esimerkiksi asiakkaan itse valitsema, mielellään mahdollisimman yksinkertainen liike, jonka muistaminen on helppoa. Liikkeiden tuottamiseen ja kokemiseen tuntuu oman kokemuksen mukaan kuluvan traumatisoituneilla asiakkailla aina enemmän aikaa kuin muilla asiakkailla. Heiltä menee aikaa yksinkertaisenkin liikkeen hahmottamiseen omassa kehossa. Rytmikäs toisto helpottaa liikkeen tuottamista ja hälventää myös pelkoa epäonnistumisesta. Yhdessä jaettu liike voi toimia myös ihmisiä yhdistävänä tekijänä. Kun trauman kokenut saattaa kokea olevansa omien ongelmiansa kanssa aivan yksin, voi olla helpotavaa saavuttaa yhteys toiseen ihmiseen, tulla hetkeksi samaan maailmaan hänen kanssaan, vaikka yhdessä jaetun rytmin kanssa.

Ihmisen ensimmäinen tietoisuus on kehittynyt äänimaailmassa äidin kohdussa. Äidin rytmi, liike ja ääni sekä ympäristön äänikaiut luovat olotilan, joka tallentuu syntymän jälkeenkin alitajuntaan ikään kuin ”ohjelmointikieleksi”. Vastasyntynyt alkaa erottaa kuulemistaan äänistä värejä ja ääni ilmaisee sisäistä tilaa, kipua, iloa, nälkää ja muita tarpeita. Ihmisen ääni vaikuttaa värähtelyn kautta myös suoraan kehoon ja erilaiset ään-teet värähtelevät voimakkaammin tietyillä kehon alueilla. Esimerkiksi MMM-äänne värähtelee soinnukkaasti ja vapaasti uloshengityksen aikana vatsan pohjasta saakka. Luonnollinen ja vaivaton äänen tuotto liittyy tilaan, jossa hengitys on rentoa ja mieli keskittynyttä. Sen sijaan lihasjännitykset, niveltukokset ja ajatukset häiritsevät resonaa-tion syntyä. Äidit käyttävätkin lapsen rauhoittamiseen usein hiljaisia ja helliä ääniä. Rauhoittuneena on puolestaan helpompi kuunnella omia aistimuksiaan ja ympäristöä ja vaipua vähitellen levolliseen olotilaan. Ääni voi toimia ikään kuin siltana hiljaisuuteen ja rauhoittumiseen. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 85–88.)

Pelot voivat estää uloshengittämisen hellittämistä ja ilmaisun vapautta, jolloin esimer-kiksi laulaminen ei onnistu. Tähän voi liittyä pelkoa luopumisesta ja ilman riittävyydes-tä. Pelko voi liittyä myös ahdistukseen siitä, että itsestä paljastuu jotain hallitsematonta tai siihen, ettei uskalla ilmaista kiellettyjä puolia itsestään. Lisäksi äänenkäyttöön liittyy pelko tilan käytöstä kuten tunne, ettei ole tarpeeksi tilaa tai ei uskalla täyttää tilaa äänel-lään. Myös pohjalle hengittämisen pelko voi estää äänen käyttämistä. Nämä kaikki pelot vaikuttavat äänen ja hengityksen käyttöön. (Martin ym. 2010, 146.)

Toisinaan hyödynnän harjoitteissa ääntä ja laulua. Yleensä asiakas ei itse halua laulaa, mutta minä saatan liikkeen lomassa hyräillä yksinkertaisia matalia ääniä. Ääni yhdistää liikkeeseen hengityksen ja tekee liikkeestä rennomman. Tekemällä itsestäni rennomman annan samalla myös asiakkaalle viestin, ettei hänen tarvitse jännittää harjoitetta tai omaa liikettä – nykyhetkessä ei ole mitään vaaraa, harjoitukseen voi suhtautua kevyesti laula-en.

5.1.3 Kosketus

Iho on ihmisen suurin elin. Se rekisteröi lämmön, kylmän, paineen, kosketuksen ja ki-vun tuntemuksia reseptoreiden avulla, mistä tieto kulkee sensorisia hermoja pitkin kes-kushermostoon. Aistimusten avulla aivoissa syntyy tarpeen mukaan hyökkäys- ja pako-

reaktioita ja ihminen alkaa toimia tämän mukaan. Kosketus- ja lämpöreseptoreja aktivoivat ärsykkeet saavat aikaan aistimusten lisäksi myös rauhoittumisen ja hyvinvoinnin tunteita. Nämä vaikutukset tulevat hitaammin kuin hyökkäys- ja pakojärjestelmästä, mutta kestävät vastaavasti kauemmin. Kipuärsykkeet nostavat muun muassa verenpainetta ja sydämen sykettä sekä lisäävät stressihormonien, noradrenaliinin, adrenaliinin ja kortisolin eritystä. Ystävällisestä kosketuksesta ja miellyttävästä lämmöstä seuraukset ovat päinvastaisia, ihminen rauhoittuu. Samaan aikaan kohoavat useiden parasympaattisesti ohjattujen hormonien kuten insuliinin pitoisuudet ja jopa oksitosiinipitoisuus kasvaa. Ihoärsykkeillä voidaan siis vaikuttaa ihmisen fysiologiaan ja käyttäytymiseen. Kosketuksella on todettu olevan myös positiivinen vaikutus fyysiseen kasvuun. Kosketuksen vaikutus on sitä voimakkaampi mitä enemmän sitä toistetaan, testeissä hyväksi rytmiksi on todettu 40 silitystä minuutissa. Eläinkokeissa on lisäksi todettu vatsapuolen silittämisen tehoavan paremmin kuin selkäpuolen. Kosketuksen lisäksi myös muut aistit voivat vapauttaa oksitosiinia, esimerkiksi hajuaistin on todettu olevan yhteydessä oksitosiinin erittymiseen. Kokemusperäisesti voidaan arvioida, että kosketuksen ohella myös muut aistit vaikuttavat oksitosiinin eritykseen ja hyvän olon tunteen lisääntymiseen. (Moberg 2007, 113–121.)

Keskeistä hoitavassa kosketuksessa on toisen rajojen, erillisyyden, ainutlaatuisuuden ja tilan kunnioittaminen sekä säätely riittävän ja sopivan etäisyyden välillä. Parhaimmillaan kosketus tarjoaa turvallisuutta, rauhoittumista, lohtua ja poistaa epä mukavuutta, jännitystä ja kipua. Etäisyys puolestaan vahvistaa ammatillisuutta, neutraaliutta, rajoja sekä oikeutta itsemääräämiseen. Olennaista terapeutin kosketuksen käytössä on rauhallisuus ja terapeutin tietoisuus omista reaktioista ja omat itsetyyntelyyn keinot. (Martin ym. 2010, 74–75.)

Aistien aktivoiminen kosketuksen avulla lisää myös kehotietoisuutta. Mikäli asiakkaalla on esimerkiksi taipumus menettää yhteys kehoon tai hän ei ole tietoinen kehoaistimuksesta, asiakasta voi ohjata koskettamaan tai liikuttamaan tiettyä aluetta itsessään. Terapeutti voi itse näyttää mallia ja kuvailla aistimuksiaan. Mikäli asiakas on jostain syystä kykenemätön koskettamaan itseään tai harjoittelu muutoin toteutetaan terapeutin kosketuksella, voidaan kosketusta etäännyttää esimerkiksi pallon tai muun vastaavan apuvälineen avulla. Asiakasta voidaan kehottaa havainnoimaan kehontuntemuksia jo ennen kosketusta, jolloin kosketuksen vaikutus tuntuu selkeämmältä. Harjoittelussa kannattaa koettaa myös erilaisia kosketuksia. (Ogden ym. 2009, 196–211, 227.) Kosketuksella

tehtäviä harjoitteita ohjatessa on erityisen tärkeää kysyä asiakkaan mielipidettä siitä, saako häntä koskettaa. Asiakkailta saattaa olla vaikeutta itse tunnistaa omia rajojaan ja huolehtia omasta koskemattomuudestaan. Erityisesti silloin kun tiedetään asiakkaan kokeneen seksuaalista hyväksikäyttöä tai mikäli asiakas viestii kehollaan tai sanoin kaipaavansa laajan oman reviirin, tulee ainakin aluksi välttää terapeutin suoraa kosketusta. Asiakkaan oma kosketus voi olla aivan yhtä hoitava kuin vastaava terapeutin tekemä kosketus.

Eräs seksuaalista hyväksikäyttöä kokenut asiakkaani kertoi kerran fysioterapeutin rauhallisen kosketuksen tuntuvan hyvältä toisen ammattiryhmän kliinisen kosketuksen rinnalla. Asiakas kertoi kokevansa itsensä vastenmieliseksi, mikäli lääkäri tai muu terapeutti varoi koskemasta häneen. Läsnaoleva kosketus ja sen antama tietoisuus omista rajoista tuntui terapeuttiselta monen vuoden jälkeen. Tämä kokemus oli minusta terapeutina hyvä muistutus siitä, miten suuri vaikutus kosketuksella on ihmisen hyvinvointiin.

Asiakkaalta voi myös pyytää palautetta erilaisista kosketuksista, mikä tuntui hänestä mukavimmalta ja onko hänellä toivomusta kosketuspaikasta. Kosketusta voi myös sanallistaa, kertoa, mitä sillä haetaan kuten ”kosketuksen liikesuunnan avulla pyyhitään jännityksiä ja kehon painopistettä kohti maata”. Sanallistaminen auttaa myös etäännyttämään kosketuksen henkilökohtaisuutta. Kosketuksella tehtävät harjoitteet yhdistettynä esimerkiksi manuaaliseen käsittelyyn ovat tuntuneet aistien aktivoimisen ja rauhoittamispyrkimysten lisäksi hyvältä valinnalta esimerkiksi silloin kun asiakas on niin väsynyt, ettei voimavarojen puutteessa jaksaa muuttaa sanallisia kehotuksia aktiiviseksi toiminnaksi. Manuaalisella käsittelyllä tarkoitan esimerkiksi kehon rauhallisia painalluksia hengityksen rytmiin, kevyttä hierontaa seurailen esimerkiksi kehon luisia alueita tai linjauksia raajojen ja keskustan välillä. Manuaalinen käsittely voi sisältää painallusten lisäksi myös kehon pinnan pyyhkimisiä, kevyitä taputuksia tai sormin rummutuksia. Manuaaliseen käsittelyyn kuuluu myös passiivinen liike, joka voi olla eri nivelten liikesuuntien rauhallista toistoa ja läpikäyntiä. Passiivinen liike voi antaa kokemuksen liikkeestä, joka ei muuten olisi mahdollinen. Mitä enemmän terapeutilla on itsellään kokemusta erilaisista kosketuksista, sitä helpompaa hänen on aistia asiakkaalle mahdollisesti sopivat harjoitteet ja kosketustavat.

Toisenlaisen näkökulman koskettamiseen tarjoaa kehopsykoterapeutti Rothschild, joka kehottaa välttämään kosketusta traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa. Hän pitää kosketusta riskinä, joka voi johtaa asiakasta pitämään terapeuttia samanlaisena kuin trauman aiheuttanutta ihmistä. Tällöin koko terapiasuhte voi vaarantua. (Rothschild 2000, 147.) Oli asia niin tai näin. Tärkeintä omasta mielestäni tuntuisi olevan se, että harjoitteet valitaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, hänen tavoitteitaan ja rajojaan kunnioittaen.

5.1.4 Rajat ja itsetyynnyttely

Bloomin mukaan traumasta kärsivillä on taipumus olla joko liian passiivisia ja kyvyttömiä itsepuolustukseen ja -suojaan tai liian aggressiivisia ja kyvyttömiä säätelemään vihantunteitaan. Asiakkaat, joille aggressiivisuuden säätely on vaikeaa, saattavat hyötyä sellaisista hitaista käsivarsi- ja käsiliikkeistä, jotka jäljittelevät aggressiota. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi kehoillisesti kieltävän liikkeen tekemistä yhdistäen sanaan ”seis”. Myös tilan rajaamiset esinein ja niiden luoman tilan rikkomisen harjoittelu sekä pois työntämisen harjoittelu esimerkiksi seinää vasten voivat olla toimivia. Lisäksi voidaan harjoitella esimerkiksi liikkumista kohti toista ihmistä eri tavoin ja huomioida samalla, mitä tunteita mieleen ja kehoon tulee. Vastaanotolla ja kotiharjoitteina harjoitellaan myös asiakkaan itsetyynnyttelyn keinoja. Niitä ovat liikkeet, joita asiakas tuottaa vastaanotolla ja jotka terapeutti voi poimia harjoittelun kohteeksi. Lisäksi keinot voivat olla miellyttävien aistimusten käyttämistä kuten lämpimät kylvyt, ihon hellä siveleminen tai koskettelu, syvähieronta, miellyttävät tuoksut, mieliruoat ja pehmeiden kankaiden kosketus. Kun asiakas oppii näiden voimanlähteiden käytön, hän alkaa sietää paremmin kaikkien oppimiseen väistämättä liittyviä epämiellyttäviä aistimuksia, emootioita ja kognitioita. Hän alkaa myös erottaa menneisyyden nykyhetkestä ja vireyden häiriötilat sekä vääristyneet puolustusreaktiot vähenevät. Asiakkaalle annetaan vähitellen vaikeutuvia kotitehtäviä, joita hänen tulee harjoitella omassa elinympäristössään ja raportoida harjoittelusta seuraavalla vastaanotolla. Harjoittelun edellytys on se, että terapeutti näkee asiakkaan terveyden ja voimavarat. (Ogden ym. 2009, 234–240.)

Asiakkaan kehon rajoja voidaan vahvistaa myös fyysisesti kosketuksella. Asiakas voi esimerkiksi käsissään olevalla paperi- tai sukcamytyllä taputella kauttaaltaan koko kehonsa pinnan. (Keskinen-Rosenqvist 2012b). Lisäksi voi käyttää muita erilaisia kosketuksen tapoja kuten kehon pyyhkimistä omin käsin kohti maata ja taivasta, jolloin sa-

malla voi maadoittaa itseään jalkapohjista lattiaan. Asiakkaan kanssa sovitusti voidaan käyttää asiakkaan kehon rajaamiseen myös esimerkiksi kehon päälle aseteltuja hernepusseja, terapeutin käsillä kosketusta tai kehon rajojen piirtämistä kynällä suurelle paperille.

Psykoterapeutti saattaa etsiä sopivia keinoja havainnoimalla ja sanoittamalla kehonkokeuksia traumamuistoihin liittyen. Fysioterapeutina sen sijaan pyrin opastamaan asiakkaita kehollisten voimanlähteiden äärelle esimerkiksi ohjaamalla kokeilemaan erilaisia liikkeitä ja asentoja ja huomioimaan etenkin näistä seuraavia hyviä tuntemuksia. Kun asiakas löytää itselleen jonkin hyvän liikkeen tai asennon voin vielä vahvistaa sitä kertomalla, miksi se fysiologisesti on asiakkaan kehoa tukeva asento. Esimerkiksi saatan kertoa, että kyseisessä asennossa selkä voi rentoutua. Tästä voidaan jatkaa etsimällä ja kokeilemalla muita rentoutumisen tapoja. Harjoittelun lomassa asiakas saattaa kertoa myös ikävistä kokemuksistaan traumaan liittyen ja yhdessä voidaan todeta, että tietyt aistimukset voivat liittyä trauman kokemiseen, mutta kehon kanssa voi työskennellä nykyhetkessä myös ilman trauman tarkempaa sanallista purkamista. Traumanpurku verbaalisesti voidaan purkaa moniammatillisessa tiimissä esimerkiksi psykoterapeutin luona, mihin asiakasta myös kannustan, mikäli hänellä on mahdollisuus tähän. Psykoterapian tyyppisesti joskus tartun asiakkaan sanoihin, jotka voivat kuvastaa samaan aikaan sekä mieltä että kehoa ja teen niistä kehollisen harjoitteen, jonka avulla asiakas voi tutkia tilannettaan ehkä lempeämmin kuin sanallisesti. Esimerkiksi asiakas saattaa kertoa jonkin liikkeen tuntuvan ahdistavalta ja tekevän hänen olostaan pienen. Samaan aikaan hän saattaa käpertyä tai lysähtää fyysisesti pienempään tilaan. Harjoitteena saatan kehottaa asiakasta vertailemaan laajaa tilaa vaativaa avointa asentoa verrattuna pieneen asentoon. Terapeutti voi näyttää mallia ja tehdä liikettä yhdessä asiakkaan kanssa. Usein asiakas kokee kehon asennon muuttamisen vapauttavana ja huomaa vaikutuksen myös mielessään. Mikäli näin ei käy, asiakkaan kokemusta tulee kuitenkin arvostaa ja kokeilla myöhemmin jotain muuta harjoitetta oireiden helpottamiseksi. Mitä enemmän terapeutilla on itsellä liikkeellistä kokemusta, sitä helpompi on samaistua asiakkaan kokemukseen ja luoda uusia harjoitteita asiakkaiden tarpeisiin.

5.1.5 Tunteet

Kuten aiemmin todettiin traumakokemukseen liittyvät muistot ja aistimukset ovat usein hyvin voimakkaita ja ne aiheuttavat muun muassa ahdistavia tunteita. Tätä tietoa voidaan myös hyödyntää trauman hoidossa.

Esimerkiksi tutkijat kuten Montrealilainen kirurgi Pierre Gloor ja tutkija William Gray havaitsivat, että tunteet ovat muistamisen kannalta olennaisia. Uusia käyttäytymismalleja opittaessa puolestaan aistimusten tulee yhdistyä tunteisiin. Vahvistamalla yhteyttä omiin vaistoihin ja tunteisiin vahvistuvat myös yhteydet maahan, perheeseen ja kaikkeen muuhun. (Levine 2008, 222–228, 278.) Trauman hoidossa tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisuus parantua kasvaa kun tunteita ja aistimuksia hyödynnetään uusien muistojen ja toimintatapojen synnyttämisessä. Harjoitteet tulisi siis ohjata huomioiden asiakkaan aistimusten lisäksi tunteet ja liittää uudet toimintamallit mielellään positiivisiin tunteisiin esimerkiksi mielikuvien avulla. Näin harjoitteista ja niiden tuottamista aistimuksista tulee merkityksellisempiä ja vahvempia taistelussa traumakokemusta vastaan. Käytännössä harjoittelun ohella voidaan asiakkaalta kysyä, miltä harjoittelu hänestä tuntuu. Jo pelkkä tunteiden huomioiminen voi olla terapeutista ilman pyrkimystä niiden tarkempaan analysoimiseen tai muuttamiseen.

Kehosta voidaan ajatella nähtävän myös ihmisen suhde koko olemassaolonsa. Lantio, alaraajat ja jalkaterät muodostavat alemman liikekeskuksen, joka heijastelee voiman, tuen, turvallisuuden ja juurien aluetta. Pää, hartiasoutu, yläraajat ja rintakehä muodostavat ylemmän liikekeskuksen, joka heijastelee tunteiden, puheen, kielen, kommunikaation ja luovuuden aluetta. Tunteet ovat näin ollen mukana vaikuttamassa liikekeskusten toimintaan. Esimerkiksi vaikeus laskea painoa alustalle saattaa olla seurausta oman olemassaolon epävarmuudesta. Ylävartalo puolestaan ilmaisee esimerkiksi käsin elehtiä ja pään liikkeitä puheen painotuksia. Ilman näitä liikkeitä ihmisen koko olemus muuttuu ja ympäristölle tulee tunne, ettei ihminen voi hyvin. Pallean ja lantion välinen alue muodostavat koko keholle yhteisen liikekeskuksen, jonka alueella ylemmän ja alemman liikekeskuksen toiminnat yhdistyvät. Tällä alueella syntyy myös kontakti omaan kehoon ja itseen ilmentyen rentoutena ja harmoniana tai vaihtoehtoisesti esimerkiksi vatsakipuina ja sisäelinten ongelmina. (Herrala ym. 2008, 94–95.)

Tunteiden käsittely ja säätely muodostavat hengityksen säätelyn kanssa yhtenäisen kokonaisuuden. Käsittelemätön psyykkinen kipu ilmenee ruumiillisina oireina kuten epätasapainoisena hengityksenä. (Martin ym. 2010, 80.) Esimerkiksi tukahdutettu pelko ja ahdistus lisäävät jännitystä myös hengityslihaksissa. Mikäli tilanne jatkuu pitkään ihminen alkaa vähitellen muuttua ulkoisestikin, asento ja toimintatavat muuttuvat. Vähitellen tietoisuus itsestä sekä kehosta voi mukautua ja ihminen alkaa pitää tätä uutta kehonsa ja mielensä mallia omana itsenään, mahdollisesti tunnistamatta taustalla olevaa pelkoa ja ahdistusta. (Herrala ym. 2008, 58.)

Pelko saa aikaan voimakkaimmat ruumiintuntemuksemme ja tunnereaktiomme. Myös monet aikuiset piiloutuvat pelontunteiltaan. Tunteet torjutaan, ajatukset suunnataan pois, touhutaan muuta, väistetään ja vältellään jopa niin tehokkaasti, ettei huomata omia pelontunteita tai avuttomuutta lainkaan. Pelot eivät kuitenkaan katoa vaan ruumis jännittyy ja jäykistyy ja hengitys muuttuu ja vahvistaa hankalia tuntemuksia ruumiissa ja vuorovaikutuksessa. (Martin ym. 2010, 80–83.)

5.1.6 Hengitys

Hengityksen havainnoinnin apuna voidaan käyttää esimerkiksi kosketusta. Yleensä asiakkaat havaitsevat, että huomion kohdistaminen sisäänhengitykseen kohottaa vireyttä, kun taas huomion kohdistaminen uloshengitykseen laskee vireyttä ja auttaa rentoutumaan. Koska hengitysharjoitukset vaikuttavat voimakkaasti, niiden käytössä tulee olla varovainen. (Ogden ym. 2009, 232.)

Liikuntaterapeutti Maila Sepän luoman Hengityskoulun menetelmät ovat rakentuneet objektisuhdeteoriaan ja varhaisen vuorovaikutuksen tutkimustietoon. Niiden perusteella ahdistuneen ja paniikissa olevan ihmisen auttamiseen voidaan yhdistää tietoutta lapsen kehityksestä ja aidon itsen kehittymisestä. Menetelmään ovat vaikuttaneet myös muun muassa aivotutkimus, neuropsykoanalyysi, kognitiivinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, lyhytterapia, ryhmäterapia, jooga ja mindfulness. Lisäksi menetelmään ovat vaikuttanut Matti Keinäsen käsite ”mielensisäinen hengitys”. Hänen mukaansa mielensisäinen hengitys koostuu tässä ja nyt -kokemuksesta ja sillä on suhde aikaan ja tilaan. Mielensisäisen oleminen on suhdetta maahan, omilla jaloilla seisomista, joka tapahtuu ”saa olla vain” -kokemuksen, hellittämisen, antautumisen, kannateltavaksi tulemisen ja

elämän kantaviin voimiin luottamisen kautta. Mielensisäinen tekeminen on yhteydessä ruumiin ja reviirin rajoihin sekä ruumiin ja mielen tiedostamiseen. Mielensisäinen hengitys tulee esiin rytmissä, liikkeen ja hengityksen sekä äänen ja hengityksen yhdistelmissä sekä voiman käytössä. (Martin ym. 2010, 96–97.)

Hengityskoulun teemoja ja tavoitteita ovat muun muassa olemisen opettelu, oman ruumiin kokeminen ja tiedostaminen, kannustaminen hyväksyvään läsnäoloon, oman hengitysrytmin löytäminen ja sen arvostaminen sekä itsereflektiokyvyn kehittäminen. Apuna käytetään muun muassa mielikuvia, painovoimaa ja ajatusten voimaa. Harjoittelu pitää sisällään kokemusten ja tunteiden sanoittamista, rajaharjoituksia, tilaan liittyviä harjoituksia, reviiriharjoituksia ja pariharjoituksia. (Martin ym. 2010, 100–101.)

Hengityskoulun keskeisiin käsitteisiin kuuluu epätasapainoinen hengitys, jota voi esiintyä monilla psykiatrisista häiriöistä kärsivillä, usein liittyen erityisesti stressiin, ahdistuneisuuteen ja kipuun. Lisäksi oireita voi aiheuttaa ruumiillinen sairastuminen ja leikkaushoito, jolloin hengitys muuttuu epätasapainoiseksi stressireaktioiden kautta. Myös masentuneilla ja uupuneilla esiintyy epätasapainoista hengitystä liittyen alivireysongelmiin. (Martin ym. 2010, 35, 40.)

Kummallisilta tuntuvat oireet eri puolilla kehoa johtuvat usein ylihengittämisestä, hyperventilaatiosta. Hyperventilaatio voi myös suojella kivulta. Se nopeuttaa tarpeen tullen kykyä taistella ja paeta ja sillä on myös akuuttia kipua lievittävä vaikutus. Akuutissa tilanteessa hyperventilaatio puuduttaa sekä ruumiin että mielen kipuja, pidemmällä aikavälillä kivun kokeminen sen sijaan voimistuu. Muun muassa kidutuksen yhteydessä hyperventilaatio aktivoituu. Hengitys muovautuu vaaratilanteessa monenlaisesta aivoihin tulevasta informaatiosta, joka voi olla keskenään myös ristiriitaista. Ahdistuneen ihmisen hengittäminen onkin usein vaihtelevaa, välillä pidättynyttä, välillä hyperventiloivaa. Hengityksen muutokset johtuvat tarpeesta huutaa apua ja varoittaa, valmentautumisesta ponnistukseen, tarpeesta jähmettyä ja olla vähemmän näkyvä, tarpeesta maksimoida havaintojen tarkkuus hiljentämällä keho sekä tarpeesta olla tyyni tai palautua tyyneen olotilaan. Kroonisista kivuista kärsivien potilaiden hengitys on usein pinnallista ja apuhengityслиhasten aktivoituminen lisää kipukokemusta. Hengitystavasta johtuen elimistö on kroonisessa hyperventilaatiotilassa. Tämä epätasapainoinen hengitystapa voi jäädä päälle, vaikka alkuperäinen tekijä olisi poistunut. Ihmisillä on myös pelkoja sy-

dämen pysähtymisestä lihasten jännittyneisyyden vuoksi. Onneksi rauhallinen hengittäminen lievittää usein oireita. (Martin ym. 2010, 35–36, 50–53.)

Hengitystavat liittyvät myös varhaislapsuuden kokemuksiin. Harjoituksia tehtäessä voidaan kokea samaa levollisuutta ja suojaa kuin varhaisen hoivasuhteen suojassa. Tähän liittyen ohjauksessa on olennaista huomioida niin sanottu Potentiaalinen tila, jolla tarkoitetaan yhteisymmärryksen ja huolenpidon tilaa, jossa kumpikin luo toisistaan kyllin hyvän mielikuvan. Hengityksellä reagoivat ihmiset ovat herkkiä aistimaan muiden tarpeita ja tunteita, jolloin omat tarpeet saattavat unohtua. Hengitysterapiassa olennaista onkin tukea potilaan tarvetta ”olla vain”. Tähän liittyen harjoittelussa keskitetään huomio oman halun, tilan ja rajojen kokemiseen. Oman tilan ottamista voidaan huomioida tekemällä esimerkiksi harjoitteita, joissa vuorovaikutuksessa harjoitellaan yhdessä uloshengityksen kanssa painokkaan EI -sanan sanomista. Samalla huomioidaan fyysiset reaktiot ja eleet, miten ne voisivat painottaa sanojen viestiä. (Martin ym. 2010, 61–70.)

Ahdistuneen potilaan terapiassa terapeutti usein vaistonvaraisesti ensin eläytyy toisen tunnetilaan ja sitten kutsuu potilasta rauhallisempaan vuorovaikutukseen. Terapeutti toimii tällöin oireilevan potilaan tyyntymistilana. Jaetussa tyyntymiskokemuksessa terapeutti voi äänellä, laululla, kosketuksella, tunnetilalla sekä hengityksen syvällä ja rauhallisella rytmillä luoda tilan tunteiden käsittelylle. Jälkeenpäin asiakas voi tavoitella tyyntymistä itsekseen hengittämällä rauhallisesti terapeutin kanssa oppimalla tavalla. Potilaan rauhoittelu ja hänelle ohjatut itsetyyntymistekniikat ovat oleellisia kun halutaan kiinnittää asiakkaan huomio omien tunteiden ja mielikuvien syntymiseen. (Martin ym. 2010, 72–74.)

Tällainen vuorovaikutuksellisuus ja empatia on mahdollista peilisolujen avulla. Peilisolut ovat visuumotorisia hermosoluja, jotka reagoivat erityisesti näkö- ja kuulohavaintoihimme, muuntavat reaktiot tilanteeseen sopiviksi liikemalleiksi ja mahdollistavat toiseen samaistumisen ilman sanoja tai muita sovittuja malleja. Aistimme toisen aikeet, liikkeit, hengitystavan, tunteet tai niistä mahdollisesti meille koituvat seuraamukset. (Martin ym. 2010, 77–78.)

On tärkeää, että auttaja antaa tilaa ja luottaa potilaan kykyihin. Tilan antaminen ei kuitenkaan tarkoita potilaan jättämistä yksin vaan oikein ajoitetun tiedon ja ohjauksen avulla potilaan rauhoittamista ja kuulluksi tulemisen tunteen vahvistamista. Auttaja ei

myöskään vaadi riippuvuutta itsestään, muttei myöskään painosta itsenäisyyteen ja liian nopeasti etenemiseen. Asiakkaan tilan huomioiminen mahdollistuu kun terapeutti virittyy asiakkaan tilanteeseen koko ruumiilla. Vuorovaikutus koostuu eleistä, asennoista, katsekontaktista, äänensävyistä, hengityksestä, puheen rytmistä, kosketuksesta ja näiden osien muodostamasta kokonaisuudesta. Parantuminen ja hyvinvoinnin lisääntyminen vaativat kohtaamista ja läsnäoloa, olennaista on myös se, että potilas huomaa, että auttaja on toinen ihminen eikä kuka tahansa ”joku”. (Martin ym. 2010, 90.)

5.2 Psykofyysisen fysioterapian harjoitusesimerkkejä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa

Tässä luvussa on kerättyä muutamia psykofyysisen fysioterapian harjoitusesimerkkejä helpottamaan psykofyysisen näkökulman tuomista fysioterapiaan. Harjoitteet on kerätty lähdeluettelossa olevista kirjoista, luennoilta ja aiemmista yhteyksistä, esimerkiksi tanssin opinnoissa oppimiani harjoitteita soveltaen. Harjoitteita voi myös itse soveltaa ja muokata tarpeen mukaan. Hyvä muistisääntö on soveltaa harjoitteita pitäen mielessä ensin jokin yllämainituista näkökulmista ja katsoa, miten ne toimivat käytännössä. Seuraavalla kerralla voi koettaa toista reittiä. Asiakkaat ovat yleensä kiitollisia siitä, että joku edes yrittää auttaa heitä. Fysioterapeutti voi olla ihminen, avoimesti tilanteesta keskusteleva ja kehotietoisuutta herättelevä.

Kuntopyörä on sopivan aktiivinen ja kontrolloitu väline pelon ja levottomuuden purkamiseen. Asiakkaan pyöräilläessä terapeutin tehtävänä on pitää vauhti tasaisena ja huomioida, ettei asiakas pidätä hengitystään. Energian purkamisen jälkeen voidaan harjoitella tempon hidastamista ja muidenkin liikkeiden rytmitystä. Harjoittelun ohella keskustellaan, miltä keho tuntuu vastaanotolla, työssä tai kotona ja miten liikuntaa voi käyttää stressin vähentämiseen ja läsnäolon harjoittamiseen. (Keskinen-Rosenqvist 2012a, 351.)

Kävely on hyvä laji stressaantuneelle. Kävelyssä koko keho on mukana säännöllisessä ja rytmikkäässä liikkeessä. Toisaalta uloslähteminen vaatii myös muun muassa pukeutumisen, kodista poistumisen ja toisten ihmisten kohtaamisen, mitkä kaikki voivat olla oireilevalle ihmiselle vaikeita toimintoja ja aiheuttaa pelottavia mielleyhtymiä. Kävelyn ja muiden asiakkaille vaikeiden tapahtumien helpottamiseksi asiakasta voi pyytää kuvailemaan ja harjoittelemaan vastaanotolla vaikeita asioita toiminnan toteuttamisessa.

Lisäksi asiakas voi valita, mitkä kohdat toiminnasta tuntuvat mahdollisilta ja kehittää vaihtoehtoja, joita voisi tehdä vaikeiden kohtien sijaan. Fyysinen ja kognitiivinen valmistautuminen voi auttaa toiminnan sujumiseen ongelmitta, mistä seuraa iloa ja pelon hälvenemistä. (Keskinen-Rosenqvist 2012a, 352.)

Kävelyä voi harjoitella asiakkaan kanssa myös luonnossa tai vastaanottotilassa. Asiakkaan huomion voi kiinnittää esimerkiksi hänelle sopivaan rytmiin, erilaisilla pinnoilla kävelyihin, kehon liikkeisiin ja tuntemuksiin kävelyn aikana. Lopuksi asiakas voi valita itselleen mieluisen pysähtymispaikan ja tarkastella sitä lähemmin eri aistein, katsellen, kuunnellen, koskettaen, haistellen ja hengitystä ja olotilaansa seuraten. Lopuksi oman lempipaikan voi jakaa toisen kanssa ja kertoa, miksi valitsi juuri tämän paikan.

Koordinaatiota ja liikerytmiä voidaan harjoittaa yhdessä esimerkiksi seuraavasti. Istuen taputa oikealla kädellä oikeaa reittä – vasemmalla kädellä vasenta reittä – tömistä vasemmalla jalalla maata – tömistä oikealla jalalla maata. Jatka taputus-tömistyskierrosta eteenpäin tässä neliön muodossa. Sano oikea käsi – vasen käsi – vasen jalka – oikea jalka yhdessä liikkeen rytmin kanssa. Harjoite vahvistaa keskushermoston eri toimintojen yhteistoimintaa, tässä tapauksessa ajattelun ja motorisen toiminnan välistä yhteyttä. Harjoittelussa puhe voi olla kehonosan nimeämisen sijaan myös esimerkiksi liikesuunnan nimeämistä tai liikerytmiin voi yhdistää potilaan hyvin tuntemia riimejä, loruja, lauluja ja tekstejä. Samalla keskittymiskyky kehittyy. Liikesuunta itsessään on vasemman ja oikean aivopuoliskon ylittävää, joka sekin on hyväksi keskushermoston harjoittamiselle. (Keskinen-Rosenqvist 2013b.)

Tasapainoa ja vuorovaikutusta voidaan harjoittaa yhdessä esimerkiksi tasapainoilemalla kapealla alustalla ja koettamalla ohittaa toinen vastustaja niin ettei kumpikaan putoa alustalta. Vuorovaikutusta voidaan harjoittaa myös muiden leikkien kuten lasten suosiman ”Peili”-leikin avulla. Siinä aluksi vuorotellen johdetaan liikettä, jonka toinen toistaa peilikuvana. Lopulta voidaan koettaa liikettä yhteistyönä, valitsematta johtajaa. Harjoite on mahdollista tehdä myös kosketuksen kanssa kontakti-improvisaatioon liittyen.

Vuorovaikutukseen ja kehotietoisuuteen liittyen voidaan käyttää myös ”Patsas” -harjoitetta, jossa aluksi voidaan valitusta aiheesta tehdä omalla kehon asennolla patsas. Sitten voidaan koettaa toistemme kehittelemiä patsaita tai liikkeitä, miltä ne tuntuvat omassa kehossa. Harjoitetta voi jatkaa esimerkiksi niin, että ystävällisesti koetetaan

työntää toisen patsasta niin, että patsas ehtii reagoida työntöön ja vastata vastaavasti työntämällä takaisin. Työntökohta voi vaihdella selästä, rinnasta, lantiosta ja kyljestä päähän. Tässä harjoitteessa yhdistyvät vuorovaikutus, kehotietoisuus ja kosketus. Teraapeutin on hyvä testata harjoitetta jonkun toisen ihmisen kanssa, ennen sen koettamista asiakkaan kanssa.

Kehotietoisuutta ja maadoittumista lisäävä sekä vireyttä laskeva hyvä harjoite on seistä ja tunnustella ensin jalkapohjia maata vasten. Aloittaa sitten omin käsin koko kehon pyyhkiminen alaselästä jalkojen takaosaa pitkin maahan. Maan kautta pyyhkiminen siirtyy jalkojen sisäosaan ja sieltä vatsaa pitkin ylöspäin rintakehän yli niskaan. Niskaa pitkin pyyhitään ylöspäin ja kasvoista alaspäin. Rintakehää pyyhitään sivulle avaten ja kainaloiden alta kädet siirtyvät jälleen selkää pitkin alas. Tämä kahdeksikon muotoinen reitti tehdään omaan rauhalliseen tahtiin käsien kosketusta ja suuntaa kehossa tunnustellen ja hengitystä seuraillen. Jalkapohjat pysyvät koko ajan maassa ja polvet liikkuvina pienessä koukussa.

Hyviä maadoittavia harjoitteita ovat myös seisten joustavin alaraajoin kehon keskilinjaa pitkin tehdyt kehon pienet pudotukset kohti jalkapohjia. Harjoitetta saattaa helpottaa mielikuva kehosta hissinä, jolloin jalkapohjat muodostavat hissikuilun pohjan. Liike ylös ja alas on hissien liike kerrosten välillä. Harjoitetta voi myös varioida esimerkiksi nousemalla pienen matkan ylös päkiöille ja pudottautumalla kantapäille, jolloin kehosta saa luisen tuntuman kantapäiden tärähdyksen avulla.

Kehon rajoja voi vahvistaa myös esimerkiksi manuaalisella käsittelyllä. Toisinaan keho kuitenkin kaipaa hieman anonyyminpää kosketusta ja se voidaan toteuttaa esimerkiksi hernepussilla tai nystyräisellä hierontapallolla. Asiakkaan omavalintaisessa makuuasennossa pyöritellään hernepussia tai palloa kehon pintaa pitkin. Selkeyden vuoksi voi olla hyvä aloittaa pyörittely keskustasta raajoihin ja takaisin kohden keskustaa ennen seuraavan suunnan valitsemista. Intiimialueita ei käsitellä. Asiakkaalta voi myös kysyä, millainen kosketus tuntui mukavimmalta ja haluaisiko hän koettaa esimerkiksi itse laittaa hernepussin haluamaansa paikkaan kehollaan. Vielä omaehtoisempaa harjoittelua on silloin kun asiakas esimerkiksi taputtelee kehonsa pintaa omin käsin tai valitulla esineellä kuten paperitollolla, sukkamytyllä tai pehmeällä pallolla.

Lisäksi hyviä harjoitteita ovat kaikki aiemmin tässä kehittämistehtävässä mainitut harjoitteet ja muut fysioterapiaharjoitteet kun ne on valittu asiakkaan resurssien ja tavoitteiden mukaisesti. Kaikkiin harjoitteisiin voi yhdistää myös esimerkiksi teatteria, tanssia, kuvataidetta, kirjoittamista, eri liikuntalajeja, oikeastaan mitä vain kun se on tehty kehotietoisuutta lisääväksi ja riittävästi yksinkertaistaen.

6 POHDINTA

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on ollut lisätä fysioterapeuttien tietämystä trauman kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja antaa keinoja asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Taustatiedon keruu ja analysointi suhteessa omaan työhön ja kokemukseen asiakasryhmästä on lisännyt tietämystäni trauman vaikutuksesta ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja antanut selkeyttä asiakkaan fysioterapiaan. Tehtävä vahvisti joitain kokemuksiani asiakkaiden hoidosta ja ymmärrän nyt paremmin asiakkaan energiatason vaikutuksen asiakkaalle sopivien harjoitusten valintaan. Taustatiedon varassa voin myös luottaa enemmän asiakkaan välittämään keholliseen ilmaisuun. Jatkossa uskallan todennäköisesti hyödyntää harjoittelussa esimerkiksi enemmän leikkiä, rytmillisyyttä ja ääntä. Tämä kehittämistehtävä tullaan esittelemään työpaikkani muille fysio- ja toimintaterapeuteille yhteistilaisuudessa keväällä 2014, jolloin tieto tulee olemaan myös heidän käytettävissään.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on ollut kehittää perehdytyskansio psykofyysisen fysioterapian käytöstä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa, sisältäen taustatietoa trauman vaikutuksesta asiakkaan toimintakykyyn ja psykofyysisen fysioterapian keinoja sen hoitamiseen. Kehittämistehtävän viitekehys on laaja ja vaatii perehtymistä asiaan, jotta tieto siirtyisi käytännön tasolle sujuvasti. Taustatietoa ja psykofyysisen fysioterapian keinoja on käsitelty ja tietoa on pyritty yhdistämään käytäntöön lähdeaineistosta löytyneiden harjoite-esimerkkien ja omien kokemusten mukaisesti. Kirjallinen tuotos sisältää myös konkreettisia esimerkkejä psykofyysisistä fysioterapiaharjoitteista omana lukunaan (5.2.), jotta harjoitteet olisivat mahdollisimman helposti löydettävissä. Kokonaisuudesta on tehty myös lyhyempi tiivistelmä, joka on kehittämistehtävän liitteenä (LIITE 1). Tämän tiivistelmän on tarkoitus toimia koko työn lukemista nopeampana muistilistana fysioterapeuttien työssä heidän kohdatessaan traumatisoituneita asiakkaita. Tarkempiin perusteluihin voi palata lukemalla koko kehittämistehtävän kun tähän on enemmän aikaa. Koko kehittämistehtävä liitteineen tulee jäämään työpaikkani käytettäväksi ja lisäksi olen käytettävissä konsultaatioapuna traumatisoituneiden asiakkaiden hoidossa. Työn viitekehys on osin hyödynnettävissä myös muiden kyseisten asiakasryhmien kanssa tekemisissä olevien ammattiryhmien avuksi. Traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa työskentelevien tahojen tulisi mielestäni olla perillä ainakin trauman vaikutuksesta mieleen ja kehoon, jotta he voivat omalta osaltaan jakaa tietoa tavallisista traumaoireista traumatisoituneille itselleen. Tieto oireiden tavallisuudesta yksinään,

ilman erillistä terapiaa, voi rauhoittaa ja vähentää traumaattista oireilua tai nopeuttaa toipumista. Tieto traumasta estää myös hoitavan tahon sijaistraumatisoitumista. Kun ymmärtää, missä menevät omat rajat, ei ota liian suurta vastuuta itselleen toisen auttamisesta. Lisäksi auttavan tahon tietoisuus omasta kehostaan ja keinoista sen rauhoittamiseksi helpottaa ahdistusta puolin ja toisin.

Keräämäni taustatiedon perusteella ymmärsin paremmin kehollisuuden merkityksen trauman hoidossa ja osaan perustella fysioterapian tarpeellisuutta ja tärkeyttä traumatisoituneiden asiakkaiden hoidossa paremmin verrattuna esimerkiksi perinteisiin keskustelun avulla tehtyihin terapioihin. Trauman työstäminen niin sanotusti alhaalta ylöspäin, kehosta mieleen, sopii traumatisoituneelle, sillä koettu ei aina muodosta sanoja, vaan keho reagoi usein vaistonvaraisesti ilman ajatuksia ja puhetta. Henkilökohtaisesti sain apua muun muassa väkivaltaa kokeneiden, somaattisesti voimakkaasti oireilevien, asiakkaiden kohtaamiseen. Erityisesti heidän kohdalla olen pohtinut esimerkiksi kosketuksen merkitystä asiakkaille. Nyt ymmärrän miten ja miksi kosketukseen reagoidaan näennäisesti samassa tilanteessa olevien asiakkaiden kesken eri tavoin. Liittyen traumaan kosketuksen vaikutus voi olla joko rauhoittava tai traumaan takaisin sinkoava. Vaikutukseen voi vaikuttaa muun muassa harjoitteen oikea-aikaisuuden, rytmin, kosketusmuodon ja alkuasennon avulla. Lopulta reaktioita ei voi koskaan ennustaa täysin etukäteen. Silloin on hyvä, jos asiakkaalle on jo ohjattu joitain toimivia vakauttamiskeinoja etukäteen.

Kehittämistehtävän tärkeä anti itselleni taustatietoon perehtymisen ohella oli tapa jaotella traumatisoituneiden asiakkaiden terapiaan liittyviä elementtejä, joita voidaan käyttää niin sanotusti punaisena lankana terapialle. Nämä elementit löytyvät tekstistä luvun 5.1. alta ja ne on mahdollista jaotella myös toisin. Koin, että kyseinen jaottelu teki omasta ajattelustani selkeämpää, näkyvämpää ja antoi perusteluja harjoitteille. Lisäksi tarvittaessa voin palata tähän jaotteluun niinä hetkinä kun tunnen itseni riittämättömäksi ja mietin, onko vielä jotain, mitä voisin kokeilla traumatisoituneen asiakkaan auttamiseksi.

Mahdollisuus osallistua Riitta Keskinen-Rosenqvistin luentoön tänä vuonna 2013 aiemmin kokemani vuoden 2012 luennon lisäksi syvensi tietoa ja ymmärrystä trauman vaikutuksesta ihmiseen. Lisäksi toisen psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopiskelijan kanssa käydyt keskustelut ja hänen painottamansa tieto traumatisoituneiden vakauttamisesta laajensi ja syvensi niin ikään tietoa aiheesta. Luentojen, luetun tiedon,

keskustelujen ja konkreettisten esimerkkien avulla esimerkiksi kehon asteittaisesta rentouttamisesta jännittämisen avulla syntyi syvempi ymmärrys, joka on lisännyt harjoitteen onnistunutta käyttöä ohjaamassani fysioterapiassa.

Terapian sisällön rinnalle tärkeäksi aiheeksi nousi terapeutin kyky olla aidosti läsnä ja huomioida nykyhetkessä asiakkaan fyysinen ja psyykinen tilanne sekä voimavarat. Kuten jo aiemmin totesin, terapeutin oma valmius laittaa itsensä peliin ja tehdä itsestään kehotietoisuuden tutkimusmatkailija helpottaa traumaattisen asiakkaan pelkoa omasta epäonnistumisesta ja herättää kiinnostuksen oman kehon toimintaa kohtaan. Kokemukseni mukaan vakavasti sairas ihminen ei kaipaa liikaa vakavuutta harjoitteluun, vaikkakin hänet tulee ottaa tosissaan.

Työntekijöiden on yleisesti hyvä olla tietoisia myös siitä, kuinka he kohtelevat asiakkaan kehoa. Käytännössä työntekijän on hyvä olla tietoinen omasta rytmistään, tavoista, joilla koskettaa, kuinka katsoo ja millaisella äänellä asiakasta puhuttelee. Jokainen asiakas on syytä kohdata kokonaisena, mahdollisena trauman kokeneena ihmisenä, jotta voidaan välttää sekundaarinen traumatisoituminen. Ajatus trauma-asiakkaista tulee laajentaa pakolaisista ja turvapaikanhakijoista myös niin sanottuihin perusasiakkaisiin. Psykofyysinen näkökulma ei koske ainoastaan marginaaliasiakkaita vaan siitä voivat hyötyä myös esimerkiksi tapaturmapotilaat, leikkausta odottavat ja leikkauksen läpikäyneet asiakkaat. Loppujen lopuksi keho kuuluu kantajalleen. Tutkimuslomakkeita ja yleisiä hoito-ohjeita tärkeämpää on asiakkaan kokonaisvaltainen tutkiminen ja tarpeeseen vastaaminen. Useimmiten myös niin sanotut hankalat asiakkaat rauhoittuvat kun heidät huomioidaan kokonaisina ilman vaatimuksia.

Kehittämistehtävän lähtökohtana oli tarve lisätä omaa tietämystäni traumasta ja sen hoidosta ja sitä kautta helpottaa omaa jaksamista haastavan asiakasryhmän terapiassa. Lisäksi toivoin, että oman tietämykseni lisääntyessä osaisin myös jakaa työtäni paremmin kollegojen kesken. Työn jakamisella tarkoitan päivittäistä tiedottamista omasta työstäni (esimerkiksi kirjaamisen kautta) sekä esimerkiksi psykofyysisen fysioterapian konsultointia. Kehittämistehtävän tekemisen aikana aloin miettiä jopa kokonaisten hoitolinjojen selkeyttämistä ja tehostamista ja tätä kautta yksittäisen työntekijän kuormittumisen vähentämistä. Uskon, että mikäli traumatisoitumista voidaan ehkäistä ja trauman hoito voidaan aloittaa jo mahdollisimman varhain, voidaan vähentää niin sanottuja kroonistuneita, vaikeasti oireilevia asiakkaita. Uskon, että tällaisesta mahdollisimman varhaisen

puuttumisen toiminnasta hyötyisi koko terveydenhoitojärjestelmä. Mitä syvemmälle aiheeseen tutustuin, sitä tärkeämmältä ja järkevämmältä asian huomioiminen tuntui. Samalla oman työn arvostus ja ymmärrys mahdollisuuksista vaikuttaa asioihin laajemmin lisääntyivät. Muutos on ehkä hidas, mutta mahdollinen. Mukaan tarvitaan joukko eri ammattialojen edustajia.

Tämän kehittämistehtävän aikana olen ohjannut kahden psykologin kanssa traumatisoituneiden pakolaistaustaisten naisten Keho ja mieli - ryhmää. Ensimmäinen ryhmä pidettiin keväällä 2013 ja toinen alkoi syksyllä 2013. Kokemukset ryhmien ohjaamisesta ovat parantuneet kehittämistehtävän edetessä ja tiedon ja kokemuksen karttuessa. Tätä ryhmätoimintaa tullaan todennäköisesti jatkamaan ja kehittämään edelleen ensi vuonna 2014. Jossain vaiheessa ryhmätoimintaa tullaan mahdollisesti kokeilemaan miehille. Ryhmästä pyritään tekemään myös pysyvä osa toimintaa.

Lisäksi Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintoihin kuulunut opintokäynti psykiatrisessa sairaalassa kannusti minua lisäämään ryhmämuotoista terapiaa työpaikallani. Traumaan liittyen olen suunnitellut työpaikalleni jonkinlaista ahdistuksenhallintaryhmää, jossa voitaisiin hyödyntää tässä kehittämistehtävässä esiin tuotuja asioita. Toinen mielenkiinnon kohteeni ovat nuoret ja trauman ennaltaehkäisy. Tavoitteenani on päästä kokeilemaan 5. luokkalaisten koululaisten ohjaamista liittyen kehotietoisuuteen, ruumiinkuvaan ja omiin rajoihin. Ohjauksen avulla toivon voivani olla mukana vähentämässä mm. syömishäiriöisen käyttäytymisen yleistymistä nuorten keskuudessa. Näiden molempien uusien ryhmien toteutuksen pyrin saamaan alkuun ensi vuoden 2014 aikana.

Ryhmätoiminnan lisäämisellä pyrin nopeuttamaan asiakkaiden hoitoon pääsyä ja vähentämään kroonistumista oireisiin. Lisäksi ryhmässä asiakkaat saavat toisiltaan vertaistukea, voivat kannustaa ja haastaa toisiaan sekä luoda itselleen tukiverkostoa. Ryhmämuotoisen harjoittelun uskon myös vähentävän riippuvuutta ohjaajasta ja lisäävän kiinnostusta ja sitoutumista itse harjoitteisiin. Oman työssä jaksamisen kannalta on tärkeää edelleen jatkaa ja lisätä myös omaa kehotietoisuusharjoittelua. Jokainen meistä reagoi kehollaan, olimme siitä tietoisia tai emme.

LÄHTEET

Bunkan, B. 1996. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Resursorientert kroppsundersøkelse og behandling. 3. painos. Oslo: Universitetsforlaget.

Dropsy, J. 1991. Leva i sin kropp. Kroppsuttrykk och mänsklig kontakt. (övers. Ingalisa Munck). Stockholm: Natur och Kultur.

Dropsy, J. 2000. Den harmoniska kroppen. En osynlig övning. (övers. Birgitta Rudberg). Stockholm: Natur och Kultur.

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

Keskinen-Rosenqvist, R. 2012a. Akut traumatisk stress. Konsekvenser för hälsan. Teoksessa Biquet, G., Keskinen-Rosenqvist, R. & Levy Berg, A. (red.) Att förstå kroppens budskap. Sjukgymnastiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur AB, 343–356.

Keskinen-Rosenqvist, R. 2012b. Luento 18.04.2012. Fysioterapiakongressi 2012. Tampere. Tampere-talo.

Keskinen-Rosenqvist, R. 2013a. Katastrofikokemus ja kehon terveys. Fysioterapia-lehti 01/2013, 4-9.

Keskinen-Rosenqvist, R. 2013b. Luento 16.03.2013. Psykofyysisen fysioterapiayhdistyksen vuosikokous 2013. Helsinki. Auroran sairaala.

Lehtinen, J. 2011. Tietoisuuden ruumiillisuus. Mieli, aivot ja olemassaolon tunne. Helsinki: Duodecim.

Levine, P. A. 2008. Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Suom. Pekkarinen, I. Oulu: Traumaterapiakeskus. Alkuperäinen teos 1997.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Suomi: Mediapinta.

Martin, M. 2012. Luento 13.10.2012. Hengityspäivä. Helsinki. Joogakoulu Shanti.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. Suom. Pekkarinen, I. Ensimmäinen painos. Oulu: Traumaterapiakeskus. Alkuperäinen teos 2006.

PSYFY:n esite. 2013. Psykofyysinen fysioterapiayhdistys. Luettu 16.07.2013. www.psyfy.net

Rothschild, B. 2000. The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment. New York: W. W. Norton & Company

Rothschild, B. 2004. Applying the Brakes. Psychotherapy Networker Jan/Feb 2004. Luettu 01.09.2013. www.somatictraumatherapy.com

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv. Sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Saraneva, K. 2002. Trauma ja pakolaisuus. Teoksessa Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Toim. Haaramo, S. & Palonen, K. Pieksämäki: Therapie-säätiö. Alkuperäinen teos n.d.

Schulman, G. 2002. Sietämättömän kestämisestä eheytymiseen. Teoksessa Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Toim. Haaramo, S. & Palonen, K. Pieksämäki: Therapie-säätiö. Alkuperäinen teos n.d.

Siltala, P. 2002. Ruumillinen sairaus traumana. Teoksessa Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Toim. Haaramo, S. & Palonen, K. Pieksämäki: Therapie-säätiö. Alkuperäinen teos n.d.

Skjaerven, L., H. 2002. Basic Body Awareness Therapy. Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. Bergen: L. H. Skjaerven

Uvnäs Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin vaikutus kehossa. Suom. Kankkunen, R. Ensimmäinen painos. Helsinki: Edita Publishing Oy. Alkuperäinen teos 2000

LIITTEET

Liite 1. Traumatisoituneen asiakkaan psykofyysisen fysioterapia – tiivistelmä

1 (6)

Trauma vaikuttaa mieleen ja kehoon

Trauman yhteydessä vapautuu energiaa, joka purkautuu joko taistele tai pakene - reaktion kautta tai aiheuttaa jähmettymisen. Nämä reaktiot ovat automaattisia ja niiden tarkoitus on varmistaa lajin henkiin jääminen. Traumatilanteessa aivojen viestit eri tiedonkäsittelyn tasoilla ovat häiriintyneet. Keholliset reaktiot vallitsevat, eikä reaktioita ole mahdollista käsitellä järjellä. Trauma voi aiheutua stressistä, ahdistuksesta, kivusta, ruumiillisesta sairaudesta, leikkauksesta, mistä tahansa, mikä ylittää ihmisen sietokyvyn. Psykkisiä ja fyysisiä oireita ovat mm. ylivalppaus, mieleen tunkevat kuvat ja takamat, herkkyys valoille ja äänille, liioitellut tunnereaktiot, painajaiset ja pelkotilat, paniikki, ahdistus- ja pelkotilat, muistiongelmat, kyvyttömyys rakastaa / hoitaa / kiintyä, masennus, eristyneisyys, krooninen väsymys, immuunijärjestelmän ongelmat, päänsärky, niska- ja selkävaivat, astma, ruuansulatusongelmat, vatsakivut, vakavat kuukautisvaivat, sokeus, mykkyys ja halvaus. Oireet voivat ilmetä pian trauman jälkeen tai jopa vuosien viiveellä. Yleensä oireet kuitenkin näkyvät jo noin 1-2 kuukauden sisällä tapahtumasta.

- ➔ Kerro asiakkaalle, että trauman oireet ovat voineet pelastaa jopa hengen traumatilanteessa, mutta ne jäävät usein kehoon oireilemaan vielä tapahtuman jälkeenkkin. Kehon normaalit liikkeet ja reaktiot voidaan opetella ja ottaa käyttöön uudelleen.
- ➔ Kerro asiakkaalle normaaleista traumareaktiosta ja pohdi hänen kanssaan mahdollisuutta trauman ja asiakkaan oireiden välisestä yhteydestä toisiinsa.

Trauman työstäminen

Erilaisia trauman työstämisen suuntauksia on useita kuten kognitiivinen, emotionaalinen ja sensomotorinen. Sensomotorinen lähestymistapa sisältää työskentelyn kehon sisäisten ja ulkoisten aistien ja liikkeiden avulla. Esimerkiksi liike ja ongelmanratkaisukyky tapahtuvat samoilla aivoalueilla. Liikkeen avulla voidaan muovata aivoja., eikä traumaa

ole välttämätöntä purkaa sanallisesti. Trauman sanallinen purkaminen voidaan toteuttaa moniammatillisesti psykiatrian palveluissa.

Traumaan liittyvät kehon puolustusliikkeet vaikuttavat kehon rakenteeseen ja toimintaan, ryhtiin ja liikkeisiin. Tilanteen jatkuessa oireet vaikuttavat kasvuun ja kehitykseen ja lopulta trauman oireista tulee ihmiselle luonteenomaisia piirteitä. Ensimmäinen vaihe trauman työstämisessä on kehittää yhteys omaan kehoon, kehotietoisuusharjoittelu.

- Ohjaa harjoitteita, joissa tunnistetaan itselle luontaista tapaa liikkua ja toimia, esimerkiksi istuma- ja seisoma-asennon tarkastelua, pientä liikkumista ja oireiden kuten jännittyneisyyden seuraamista.
- Kehittämällä kehotietoisuutta ja purkamalla kehon jännitystiloja esimerkiksi kehoa avaavin harjoittein turvallisessa ympäristössä, asiakkaan ymmärrys omasta tilanteestaan lisääntyy ja hän oppii hallitsemaan ja luopumaan suojaavista oireista.

Traumatisoituneen kohtaaminen

Trauma voi syntyä ensisijaisesti ihmisen sietokyvyn ylittävässä tapahtumassa tai sekundaarisesti huonon kohtelun seurauksena.

- Traumatisoitumisen ennaltaehkäisy on helpompaa kuin hoito. Olennaista on aito kohtaaminen ja läsnäolo, antaa lupa surra, kokonaisvaltainen asiakkaan tilanteen kartoitus ja tietoisuus terapeutin omista reaktioista.
- Oman itsen rauhoittelu hankalankin asiakkaan tai tilanteen edessä helpottaa myös asiakasta. Erityisesti tietoisuus omista negatiivisista tuntemuksista on tärkeää. Asiakkaan turhautuneisuus, toivottomuus ja jopa viha tarttuvat helposti terapeuttiin.

Pakolaiset ovat yleensä kokeneet jatkuvaa traumaa. Tilanne on pitkään ollut oman kontrollin ulottumattomissa, eikä traumaa ole pystytty käsittelemään. Tämä aiheuttaa taantumista, jolloin oireiden käsittely on erityisen vaikeaa. Oireet myös kumuloituvat. Turvallisessa paikassa pintaan saattaa nousta vihaa, katkeruutta, syyllisyyttä, häpeää ja aggressioita.

3 (6)

- Terapiassa on oltava vastavuoroinen. Asiakasta on kuunneltava ja otettava vastaan negatiiviset tunteet, mutta ruokittava hyvää. Aito kiinnostus asiakkaan kulttuuria ja hyvinvointia kohtaan saa asiakkaat kokemaan itsensä kuntoutumisen arvoiseksi.

Myös ruumiillinen sairastaminen aiheuttaa kriisin. Sairauden kriisiin kuuluvat muun muassa fyysiset vammat, muutokset ja menetykset, kivut, identiteetti ja rooli yhteisössä. Sairastaminen vaikuttaa myös ruumiinkuvaan. Sairaus voi olla uhka tai pelastus.

- Terapiassa on saatava surra ja kertoa omasta tilanteesta vaikka useaan kertaan, käsitellä traumaa. Annettu aika vaikuttaa tulevaisuuden näkymiin, kuntoutumismotivaatioon ja kuntoutumisen tuloksiin.
- Ole tietoinen tavoista joilla kohtelet asiakkaan kehoa. Jokainen asiakas merkitseksellistää kehonsa eri tavoin.

Psykofyysinen fysioterapia trauman hoidossa

Psykofyysisen fysioterapian kehittäjiä on useita kuten Dropsy, Roxendal, Skjaerven ja Bunkan. Traumaan liittyen pisin kokemus psykofyysisestä fysioterapiasta on todennäköisesti Riitta Keskinen-Rosenqvist:lla, joka on myös tutkinut trauman aiheuttamia keuhollisia oireita tsunami-katastrofin yhteydessä. Hänen mukaansa traumatisoituneilla tulisi kiinnittää erityishuomio neurologisiin oireisiin.

- Fysioterapeutin tehtävä on tiedottaa oireiden yhteydestä traumaan. Traumaa tulee epäillä erityisesti katastrofien, liikenneonnettomuuksien ja väkivaltauhrien kohdalla.
- Harjoittelun kohteena tulisi olla liikerytmi, tasapaino, koordinaatio, liikkeiden ja aistien yhteistyö, liikkeiden ja sanojen yhteistyö, vasemman ja oikean vartalon puoliskon ylittävät liikkeet, normaaleiden tahdonalaisten liikkeiden harjoittelu uudelleen tahdonalaisiksi.
- Harjoittelussa yksinkertaiset, säännönmukaiset liikkeet tasapainottavat hermostoa
- Yhdistä harjoitteluun usean aistin kokemuksia. Tämä vahvistaa opittua.
-

- Rentoutuminen voi olla mahdotonta. Ohjaa sen sijaan kehon liikkuvuutta ja lihasvenyvyyttä lisääviä harjoitteita ja tee manuaalista käsittelyä. Rentoutta voi kokea myös liikkeessä.

Seuraavassa on avattu muutamia ilmiöitä, joihin on hyvä kiinnittää huomiota terapian aikana.

Kehotietoisuus

Traumatisoituneen on vaikea säädellä omaa energiatasoaan. Oireiden ja pelkojen lieventämiseksi on hyvä opettaa asiakkaalle jokin hänelle sopiva vakauttamiskeino. Asiakas voi palata tekemään harjoitetta terapian aikana, mikäli kokee oireiden lisääntyvän. Harjoitteita voi olla erilaisia eri tilanteisiin. Asiakkaan energiataason mukaan valitaan harjoitteeksi joko rauhoittavia tai energiaa purkavia harjoitteita. Rauhoittavia lajeja ovat esimerkiksi jooga ja venyttelyt, energiaa purkavia harjoitteita voivat olla esimerkiksi rytmikäs ja reipas kävely tai pelailu. Asiakkaan energiataaso voidaan terapiassa säätää myös terapeutin itsesäätelyn avulla. Itsesäätelyyn kuuluvat mm. tietoisuus äänen käytöstä, harjoitteissa ja tilanteissa etenemisnopeus, läsnäolo ja oma vireystila.

Kehotietoisuusharjoitteluun on hyvä yhdistää leikkiä. Leikki kohottaa vireystilaa ja yhdistyy mielihyvään ja endorfiinintuotantoon, lisää rentoutta ja yleistä hyvinvointia. Leikki auttaa irtautumaan traumaattisista miellelyhtymistä ja nauttimaan toipumisesta. Kehotietoisuudessa painotetaan erityisesti vahvuuksia. Selkeät tehtävänannot asiakkaan rytmiin ja yhdessä valitut harjoitteet toimivat parhaiten. Huomioi keho, tunteet ja mieli. Kysy kehontuntemuksista ja mielialasta, liikkumisen aiheuttamista mielikuvista. Voit myös sanoittaa asiakkaan kehollisuutta ja tapaa liikkua. Kysy, miltä liikkuminen tai asento tuntuu, pyydä koettamaan tarvittaessa vaihtoehtoja ja kerro neutraalisti omista havainnoistasi.

Yhteisöllisyyden kokeminen liikkeen, rytmin, laulun ja maadoittumisen avulla

Liike, rytmi ja laulu vahvistavat rauhallista valppautta ja vastaanottavuutta edistäviä hermoja. Yhteisöissä, joissa käytetään rytmillistä liikettä ja fyysistä yhteyttä, on vain vähän väkivaltaa. Harjoitteet, joissa lisätään tietoisuutta kehon takaosasta, tukevat ryhtiä

5 (6)

ja kehon sisäisiä voimanlähteitä. Maadoitus sen sijaan mahdollistaa joustavan voiman käytön. Maadoitus on hyväksi erityisesti aggressiivisille asiakkaille.

Harjoitteissa voidaan hyödyntää runotta, tanssia, leikkiä, pelejä, riimittelyä, mielikuvis-
sa vuodenaikoja, aaltoja, voidaan kuunnella sydämensykettä, hengitystä tai musiikkia.
Rytmin ja äänien rauhoittava kokemus on peräisin jo kohdusta. Turvallisuutta tuovat
näin ollen esimerkiksi matalat MMM-äänteet, joiden avulla hengitys rentoutuu ja mieli
keskittyy. Ääni voi olla asiakkaan tai terapeutin tuottamaa.

Kosketus

Kosketus- ja lämpöreseptoreja aktivoivat ärsykkeet saavat aikaan aistimusten lisäksi
myös rauhoittumisen ja hyvinvoinnin tunteita. Nämä vaikutukset tulevat hitaammin
kuin hyökkäys- ja pakojärjestelmästä, mutta kestävät vastaavasti kauemmin. Kosketus
lisää myös kehotietoisuutta. Kosketus voi tapahtua asiakkaan oman, terapeutin tai esi-
neen kosketuksen avulla. Pyydä asiakasta huomioimaan kehontuntemusta ennen ja jäl-
keen kosketuksen. Kunnioita toisen rajoja, erillisyyttä ja tilaa, säätelä etäisyyttä tarpeen
mukaan. Kehopsykoterapeutti Rothchildin mukaan kosketus voi samaistaa trauman ai-
heuttaja. Kysy siis aina lupa koskettamiselle ja perustele harjoite.

Rajat ja itsetyynnyttely

Traumasta kärsivät ovat yleensä joko liian passiivisia tai aggressiivisia omien rajojensa
suhteen. Kehon rajoja voidaan vahvistaa fyysisesti esim. sukkamytyllä, rutistetulla pa-
perilla, hierontapallolla, omin käsin tai kehopiirrosten avulla. Asiakkaat voivat hyötyä
myös hitaista käsivarsiliikkeistä yhdistettynä EI-sanaan, harjoitteista, joissa työnnetään
esimerkiksi seinää pois päin itsestä. Harjoitteisiin voidaan yhdistää myös vuorovaikutuk-
se harjoittelua ja keskustelua esimerkiksi toisen ihmisen lähestymisen aiheuttamista
tuntemuksista. Itsetyynnyttely toteutuu liikkein, jotka asiakas kokee itse hyväksi tai te-
kemällä itselle miellyttäviä toimia kuten lämmin suihku.

Tunteet

Vahvistamalla yhteyttä omiin vaistoihin ja tunteisiin vahvistuu yhteys maahan, perheeseen ja kaikkeen. Hyödynnä positiiviset muistot ja tuntemukset uusien liikemallien ja toimintatapojen synnyssä. Keho heijastaa tunteita, vaikka ne kätkisi. Tällöin trauman aiheuttamia oireita ja tuntemuksia voi alkaa pitää omana itsenään

Hengitys

Sisäänhengitys kohottaa vireyttä, uloshengitys laskee ja rentouttaa sitä. ”Mielensisäinen hengitys” on omilla jaloilla seisomista, olla vain –tunteen kokemista, potentiaalisen tilan antamista ja omien halujen ja rajojen kanssa sopusoinnussa olemista. Epätasapainoinen hengitys kuten ylihengitys voi olla kroonista ja vaihtelevaa. Akuutisti hengityksen muutokset voivat lievittää kipua, kroonisesti pahentaa kipua. Hengitysharjoitteissa on asiakkaalle annettava tilaa tunteiden käsittelyyn ja luotettava potilaan kykyihin. Hengityskoulun teemoja ja tavoitteita ovat muun muassa olemisen opettelu, oman ruumiin kokeminen ja tiedostaminen, kannustaminen hyväksyvään läsnäoloon, oman hengitysrytmin löytäminen ja sen arvostaminen sekä itsereflektiokyvyn kehittäminen. Apuna käytetään muun muassa mielikuvia, painovoimaa ja ajatusten voimaa. Harjoittelu pitää sisällään kokemusten ja tunteiden sanoittamista, rajaharjoituksia, tilaan liittyviä harjoituksia, reviiharjoituksia ja pariharjoituksia. Terapeutin välineitä hengityksen ohjauksessa ovat mm. tunnetilan, hengitysrytmin ja äänen säätely sekä kosketus.

Harjoitteet

Harjoitteita löytyy kehittämistehtävän viitekehyksen sisältä aihealueittain sekä erikseen otsikon 5.2 (Psykofyysisen fysioterapian harjoitusesimerkkejä traumatisoituneen asiakkaan hoidossa) alta.