

”HUONOSTI KEHOSSAAN” – SEKSUAALISESTI HYVÄKSIKÄYTETYN NAISEN FYSIOTERAPIA

Hanna Linderoos
Maria Seppälä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014

Fysioterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Linderoos, Hanna Seppälä, Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.03.2014
	Sivumäärä 62 + liitteet 3	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi "HUONOSTI KEHOSSAAN"- SEKSUAALISESTI HYVÄKSIKÄYTETYN NAISEN FYSIOTERAPIA		
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kurunsaari, Merja		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsauksen omainen työ, jonka tarkoituksena on saada lisätietoa tämän hetkisestä seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan fysioterapiasta. Työn tavoitteena on löytää työkaluja fysioterapeuteille, sekä muille terveydenalan ammattilaisille potilaiden terapiaan ja kuntoutukseen. Tätä kautta tavoitellaan potilaille laadukkaampia fysioterapian palveluita ja ammattilaisten vuorovaikutustaitojen kehittämistä.</p> <p>Opinnäytetyössä lähestytään aihetta olemassa olevan kirjallisuuden ja tutkimusten avulla, sekä viiden aiheen parissa työskentelevän fysioterapian ammattilaisen haastatteluilla. Työssä käsitellään seksuaalista hyväksikäyttöä käsitteenä, siitä aiheutuvia vaikutuksia, sekä erinäisiä psykofyysisen fysioterapian keinoja traumapotilaan kuntoutuksessa.</p> <p>Haastatteluaineiston hankinta toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelulla eli teemahaastattelulla. Neljä haastatteluista toteutettiin puhelinhaastatteluna, yksi kasvokkain. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Työssä esitellään seksuaalisesti hyväksikäytettyjen fysioterapiaa analyysin tuloksena muodostuneina teemoina yhdessä kirjallisuuden ja haastatteluista saadun tiedon kanssa. Opinnäytetyössä on käytetty suoria lainauksia kaikilta haastateltavilta fysioterapeuteilta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) mielenterveys, seksuaalinen hyväksikäyttö, fysioterapia, psykofyysinen fysioterapia, vuorovaikutus		
Muut tiedot		



Author(s) Linderoos, Hanna Seppälä, Maria	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 10.03.2014
	Pages 62 + 3 appendices	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title "UNWELL IN ONE'S BODY" – PHYSIOTHERAPY FOR SEXUALLY ABUSED WOMEN		
Degree Programme Degree Programme in Physiotherapy		
Tutor(s) Kurunsaari, Merja		
Assigned by		
Abstract <p>The thesis is a literature review the purpose of which was to find updated information on physiotherapy for sexually abused patients. The aim was to provide information as well as therapy and rehabilitation tools for physiotherapists and other health service professionals. This would enhance the quality of physiotherapy services and the development of the professionals' interaction skills.</p> <p>The topic was approached by analyzing literature and interviewing five professional physiotherapists working with sexually abused patients. The thesis deals with the concept of sexual abuse, its consequences and various methods of psycho-physical physiotherapy in the rehabilitation of traumatized patients.</p> <p>The interview data was collected by using five semi-structured theme interviews. Four of them were conducted by telephone and one face to face. All the interviews were recorded and transcribed. The thesis describes the physiotherapy of sexually abused patients in the form of themes based on the analysis of the interviews and professional literature. Direct quotations were included in the analysis of the interviews.</p>		
Keywords Mental health, physiotherapy, psycho-physical physiotherapy, sexual abuse, interaction		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	SEKSUAALINEN HYVÄSIKÄYTTÖ	5
2.1	Mitä seksuaalinen hyväksikäyttö on	5
2.2	Yleisyys ja esiintyvyys	6
3	HYVÄSIKÄYTÖN VAIKUTUKSET	9
3.1	Lähivaikutukset	10
3.1.1	Fyysiset oireet.....	11
3.1.2	Seksuaaliset käyttöoireet.....	11
3.1.3	Muut käyttäytymis-, kehitys- ja psyykkiset oireet	12
3.2	Pitkäkestoiset vaikutukset.....	13
3.2.1	Vaikutukset käyttäytymiseen	15
3.2.2	Vaikutukset minäkuvaan, tunne-elämään ja mielialoihin.....	15
3.2.3	Muut psyykkiset häiriöt.....	16
3.2.4	Vaikutukset ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen	17
3.2.5	Vaikutukset kehon toimintoihin.....	18
4	FYSIOTERAPIA MUODOT	18
4.1	Psykofyysinen fysioterapia.....	18
4.2	Seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus.....	20
4.3	Kosketus terapiassa.....	22
4.4	Liiketerapia.....	23
4.5	Rentoutuminen	25
4.6	Hengitysharjoitteet	28
5	AINEISTO JA MENETELMÄT	30
5.1	Kirjallisuus ja tutkimukset	30
5.2	Haastattelut.....	31
5.3	Haastatteluaineiston analyysi	32
6	HYVÄSIKÄYTETYN FYSIOTERAPIA.....	33
6.1	"Huonosti kehossaan"	33
6.2	"Tuntosarvet koholla"	37
6.3	"Yhteistyössä kuunnellen"	42
6.4	"Raskasta ja haastavaa"	49
7	POHDINTA.....	51
7.1	Oppimisprosessi	51
7.2	Luotettavuus	53
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	63

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada lisätietoa tämän hetkisestä seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan fysioterapiasta. Työmme tavoitteena on löytää työkaluja fysioterapeuteille, sekä muille terveydenalan ammattilaisille potilaiden terapiaan ja kuntoutukseen. Tätä kautta tavoittelemme potilaille laadukkaampia fysioterapian palveluita ja ammattilaisten vuorovaikutustaitojen kehittämistä. Opinnäytetyömme sisältää kirjallisuuskatsauksen sekä fysioterapeuttien haastattelut.

Valitsimme kyseisen aiheen opinnäytetyöllemme, sillä olemme molemmat kiinnostuneita psykofyysisen fysioterapian erikoisalueesta sekä traumatisoituneen potilaan kuntoutuksesta. Seksuaalinen hyväksikäyttö on yhä melko vaiettu aihe, vaikka sitä esiintyykin paljon. Suuri osa hyväksikäyttötapauksista jää kuitenkin tulematta poliisiin tietoon, eikä päädy mihinkään tilastoon (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 133). Havahduimme seksuaalisen hyväksikäytön yleisyyteen myös harjoittelujaksoillamme psykiatrisella puolella. Koemme tärkeäksi, että aihe saisi lisää näkyvyyttä, kuuluvuutta ja ymmärrystä, jonka vuoksi lähdimme työstämään aihetta. Tahdomme myös korostaa ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista fysioterapeutin työssä. Vaikka työnkuvamme keskittyykin yleensä fyysiseen toimintakykyyn, tulisi ihminen ottaa fysioterapiassa huomioon kokonaisuutena, huomioiden fyysisen puolen lisäksi psyykinen puoli, sillä keho ja mieli kulkevat käsi kädessä. Tahdomme kuitenkin painottaa, että fysioterapia on osa potilaan kokonaisvaltaista kuntoutusta, eikä fysioterapialla korvata psykoterapian muotoja.

Lähestymme aihetta olemassa olevan kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Koska aiheesta ei juuri löydy kirjallisuutta tai tutkimuksia fysioterapian osalta, haastattelimme aiheen parissa työskenteleviä fysioterapian ammattilaisia.

Haastatteluiden avulla pystyimme syventämään olemassa olevaa tietoa (Hirsjärvi 2007.) Haastatteluista saadun arvokkaan tiedon lisäksi työssämme käsitellään seksuaalista hyväksikäyttöä käsitteenä, siitä aiheutuvia vaikutuksia, sekä erinäisiä psykofyysisen fysioterapian keinoja traumapotilaan kuntoutuksessa.

2 SEKSUAALINEN HYVÄKSİKÄYTTÖ

Seksuaalinen hyväksikäyttö on luultua yleisempää. Se on terminä monelle tuttu, kuitenkin tiedostaen, kuinka moninaisesta ilmiöstä on kyse. Termi pitää sisällään monia tekoja, jotka rikkovat ihmisen sisintä kokonaisvaltaisesti.

2.1 Mitä seksuaalinen hyväksikäyttö on

Seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan seksuaalisia tekoja, jotka tehdään vasten toisen tahtoa - se on aina väärin ja rikos (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013). Lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan lapsen koskemattomuutta loukkaavia, vasten tämän tahtoa tehtyjä seksuaalisia tekoja. Seksuaalista hyväksikäyttöä ovat muun muassa lapsen seksuaalinen koskettelu, seksuaalinen väkivalta, yhdyntä tai sen yritys, lapsen saattaminen koskettamaan tai katsomaan toisen henkilön sukupuolielimiä tai osallistumaan sukupuoliseen toimintaan, lapsen saattaminen paljastamaan sukupuolielimensä, lapsen tirkistely ja kuvaaminen seksuaalisessa mielessä, lapsen saattaminen katsomaan pornografiaa ja lapsiprostituutio (Tiitinen 2013). Hyväksikäytöksi katsotaan kaikenlainen seksuaalisen koskemattomuuden loukkaus. Jos halutaan tarkentaa hyväksikäytön laatua, käytetään eri termejä, kuten seksuaalinen pahoinpitely, riisto, ahdistelu, väkivalta, pedofilia tai inesti (Blomster 2005, 46).

Hyväksikäyttö voi siis ilmetä monin eri tavoin, ja se on esimerkiksi yksi pahoinpitelyn muodoista. Suomen lain mukaan lapsen seksuaalinen suojaikäraja

on 16 vuotta. Kuitenkin jos tekijä on lapsen vanhempi, samassa taloudessa asuva henkilö, lapsi on koulussa tai muussa laitoksessa tekijän määräysvallan alainen tai jos lapsen itsenäinen kyky päättää omasta seksuaalisesta käyttäytymisestään on esimerkiksi kypsyttömyyden takia tekijää heikompi, on suojaikäraja 18 vuotta. (Käypä hoito 2013.)

Valtaosa seksuaalirikoksen tekijöistä ovat miespuolisia. Arviolta noin joka viides on alle 18-vuotias (Söderholm & Kiviti-Kallio 2012, 134). Suurin pirtein neljäsosa hyväksikäytöistä, jotka ovat johtaneet tuomioon tapahtuvat perheen piirissä. Tyypillisiin tapauksiin kuuluu isä, joka käyttää hyväkseen alle kouluikäistä tytärtään tai kolmekymppinen mies, joka hyväksikäyttää 12-15-vuotiasta (Blomster 2005, 38). Tekijä voi olla myös muu sukulainen tai esimerkiksi opettaja, naapuri tai jopa uhrille täysin vieras henkilö (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2011). Useissa tapauksissa hyväksikäyttö on toistuvaa ja mahdollisesti vuosia kestävä (Blomster 2005, 38).

Hyväksikäytössä kosketaan ihmisen intiimeimpään, herkimpään ja yksityisimpään alueeseen, seksuaalisuuteen (Tähkävuori 2005, 85). Jos tämä niinkin intiimi alue rikotaan, vuotavat nämä haavat seksuaalisuuden alueella koko persoonaan (Blomster 2005, 46). Ihmisen rajat, itsemääräämisoikeus, itsekunnioitus, usko omaan selviytymiseen ja kehonkuva häiriintyvät. Hyväksikäytetyille saattaa muodostua post-traumaattinen stressihäiriö, johon liittyy useita oireita, joita kuvaamme tarkemmin tulevissa kappaleissa (Tähkävuori 2005, 85-87).

2.2 Yleisyys ja esiintyvyys

Lapsen seksuaalisuuden tuhoaminen, sen vääristäminen sekoittamalla seksi rakkauteen ja seksuaalivietin herättäminen liian varhain, koskettaa ihmisen syvintä ydintä. Pieni lapsi on kyllä seksuaalinen, mutta ei aikuisen tavoin

psykkisesti ja fyysisesti valmis seksiin (Blomster 2005, 38). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyys vaihtelee eri maissa, tytöillä 7-36 %:iin ja pojilla 3-29 %:iin (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 133). Suuri osa hyväksikäyttötapauksista jää kuitenkin tulematta poliisiin tietoon, eikä päädy mihinkään tilastoon. Koska hyväksikäytetyksi tulemiseen liittyy usein syvää salaamista ja häpeää, on todellista esiintyvyyttä vaikea saada selville. Poliisin tietoon tulee ruotsalaisen arvion mukaan vain 3-12 % lasten seksuaalisista hyväksikäytöistä.

Suomessa poliisin tietoon tuli alaikäiseen kohdistuneita seksuaalirikoksia vuosina 1986-2002 noin 400 vuodessa ja vuodesta 2006 lähtien yli tuhat vuodessa (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 133). Vuoden 1988 tehdyssä kyselyssä suomalaisille 15–16-vuotiaille ilmeni, että 7 % tytöistä ja 3 % pojista oli joutunut elämänsä aikana seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Ruotsalaisessa tutkimuksessa päädyttiin samanlaisiin lukemiin, tytöt 7 % ja pojat 2 %. Euroopan muiden maiden tieteellisesti luotettavissa tutkimuksissa on saatu hyväksikäytettyjen tyttöjen määräksi 7-11%, poikien 3-7%. Kanadassa ja USA:ssa useissa tutkimuksissa esiintymisluku on 10–12 %, tähän keskeinen syy onkin se, että tutkimuksissa on käytetty hyvin laajoja hyväksikäytön määritelmiä ja lapseksi on laskettu vielä 18-vuotiaat nuoret aikuisetkin. (Taskinen 2003, 102-103.)

Rikokset	2006	2007	2008	2009	2010
Seksuaalirikokset	2655	2332	2925	2222	2424
Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö	1000	1027	1321	1078	1106
Raiskaus	628	748	919	668	822

Taulukko 1. Suomen poliisin tietoon tulleita seksuaalirikoksia vuosina 2006–2010 (laadittu Tilastokeskuksen 2011 taulukon pohjalta)

Vuonna 2009 arvioitiin laajassa katsauksessa Lancetissa, että rikkaissa maissa 5-10 % tytöistä ja 5 % pojista joutuu penetroivan seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi ja kolminkertainen määrä joutuu jonkin muun seksuaalisen teon uhriksi. Tyttöjen hyväksikäyttö on 1,5-3 kertaa yleisempää kuin poikien. Valtaosa seksuaalisista hyväksikäytöistä kohdistuu teini-ikäisiin tyttöihin. Vuonna 2008 tehdyssä suomalaisessa lapsiuhri-kyselytutkimuksessa 6.-ja 9.-luokkalaisille verrattiin tuloksia aiempaan tutkimukseen vuodelta 1988 samojen kysymysten osalta. Tämän tutkimuksen perusteella todettiin tyttöjen hyväksikäyttökokemusten olevan Suomessa yhtä yleisiä kuin 20 vuotta sitten. Poikien hyväksikäyttökokemukset olivat taas tämän tutkimuksen perusteella hieman vähentyneet. Myös vuonna 2011 julkaistu turkulainen kohorttitutkimus antaa viitteitä lasten seksuaalisen hyväksikäytön vähenemisestä. Kyselyhetkellä tutkittavat olivat 18–49-vuotiaita. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin lapsen seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyydeksi tytöillä 1,8–7,5 % ja pojilla 0,7-4,6 % hyväksikäytön asteesta riippuen. Vanhemmassa ikäryhmässä esiintyi hieman enemmän seksuaalista hyväksikäyttöä nuorempaan ikäryhmään verrattuna. (Söderhom & Kivitie-Kallio 2012, 133; Käypä hoito 2013.)

Internetin välityksellä tapahtuva seksuaalinen hyväksikäyttö on noussut merkittäväksi ilmiöksi 2000-luvulla. Pelastakaa Lapset ry ja Helsingin virtuaalipoliisiryhmä toteuttivat kyselyn vuonna 2011, johon vastasi yli 4 200 nuorta, joista yli puolet oli alle 16-vuotiaita. Näistä alle 16-vuotiaista kyselyyn vastanneista 33 % oli joutunut internetissä seksuaalisen häirinnän kohteeksi aikuisen tai itseään vanhemman taholta. (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 133.)

Riski hyväksikäyttöön on olemassa perheissä, jossa sukupolvien väliset rajat aikuisten ja lasten välillä ovat epäselvät ja joissa vallitsee kaottinen, turvaton, väkivaltainen tai lapsia laiminlyövä ilmapiiri. Emotionaalisesti tarvitsevalla ja laiminlyödyllä lapsella on kohonnut riski joutua hyväksikäytetyksi myös kodin

ulkopuolella. Lapsi tai nuori saattaa hakea huomiota, turvaa tai läheisyyttä perheen ulkopuoliselta henkilöltä, joka altistaa hänet helpommin sopimattomalle, rajoja rikkovalle toiminnalle. Usein lapsi houkutellessaan seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi leikin avulla, eikä lapsi ymmärrä leikin seksuaalista luonnetta. Vuonna 2011 julkaistussa tutkimuksessa liitettiin kaltoin kohtelun kokemukset sekä vanhempien päihteiden käyttö ja alkoholiongelmien hyväksikäytön suurentuneeseen riskiin. (Söderholm & Kiviti-Kallio 2012, 133–134; Käypä hoito 2013.)

3 HYVÄKSIKÄYTÖN VAIKUTUKSET

Epäily lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä voi herätä esimerkiksi lapsen omasta kertomasta, läheisten aikuisten huolesta lapsen oireita ja hyvinvointia kohtaan tai jonkun muun tutkimuksen yhteydessä. Joskus jopa itse hyväksikäyttäjä saattaa kertoa asiasta läheiselleen tai suoraan poliisille. (Sosiaaliportti 2014.) Usein hyväksikäyttö ei kuitenkaan tule ilmi vielä lapsuudessa, sillä lapsi ei esimerkiksi häpeän, syyllisyyden tai pelon takia kerro tapahtuneesta. Tapahtunut voi tulla ilmi vasta aikuisiällä tai joissain tapauksissa ei koskaan.

Seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset lapseen ovat yksilöllisiä. Esimerkiksi hyväksikäytön kesto, hyväksikäyttöön liittyneiden tekojen laatu ja lapsen ikä hyväksikäytön tapahtuessa voivat vaikuttaa siihen, kuinka vakavia vaikutuksia hyväksikäytöllä on lapseen. Myös se, kuinka lapseen suhtaudutaan hyväksikäytön paljastumisen jälkeen ja kuinka asian kanssa toimitaan, sekä tunteeko lapsi itsensä erityisesti vanhempiansa rakastamaksi ja hyväksymäksi vaikuttavat. Tutkimuksissa on todettu, että lievissä hyväksikäyttötapauksissa pieni osa lapsista saattaa selvitä ilman oireita. Oireettomuus on kuitenkin hyvin poikkeuksellista, sillä suurimmalle osalle lapsista hyväksikäyttö aiheuttaa monia

vakavia ja pitkäkestoisia häiriöitä. Seksuaalinen hyväksikäyttö häiritsee myös lapsen psyykkistä ja seksuaalista kehitystä. (Liukkonen 2004, 18.)

Lapsi joutuu kohtaamaan liian varhain asioita joihin hän ei ole vielä henkisesti tai ruumiillisesti valmis. Hyväksikäyttö on lähes aina tuhoisa ja voimakkaasti häiritsevä kokemus jota lapsi ei pysty ymmärtämään. Itsensä, ympäristön ja ihmissuhteiden hallinnan kehittyminen keskeytyy ja lapsen koko persoonallisuuden kehitys häiriintyy. Hyväksikäytettynä lapsi joutuu kokemaan stimulaatiota, johon ei ole kehityksellisesti valmis. Tämä häiritsee seksuaalisen kehityksen normaalia järjestystä (Heikinheimo & Tasola 2004, 21).

Seksuaalisella hyväksikäytöllä on pysyvämpiä pitkäkestoisia vaikutuksia sekä lähivaikutuksia jotka ilmenevät välittömästi. Pitkäkestoisista vaikutuksista kärsivät yleensä ne lapset, jotka ovat jääneet ilman hoitoa. (Liukkonen 2004, 18.)

3.1 Lähivaikutukset

Kirjallisuudessa lähivaikutuksia käsitellään ulkoapäin havaittavina oireina, joita käytetään apuna hyväksikäytön tunnistamisessa. Lapsen seksuaaliselle hyväksikäytölle ei kuitenkaan voida määritellä vain sille tyypillisiä selkeitä oireita, sillä samaisia oireita voi esiintyä myös muissa ongelmatilanteissa. Pelkästään oireiden perusteella ei siis voi tehdä päätelmiä onko kyseessä seksuaalinen hyväksikäyttö. Oireita arvioitaessa on tärkeää ottaa huomioon lapsen kokonaistilanne. Seksuaalisen hyväksikäytön lähivaikutukset voidaan jakaa mm. fyysisiin oireisiin, seksuaalisiin käytösoireisiin ja muihin käyttäytymis-, kehitys-, ja psyykkisiin oireisiin (Liukkonen 2004, 18).

3.1.1 Fyysiset oireet

Seksuaalisella hyväksikäytöllä on monia fyysisiä vaikutuksia lapseen. Muun muassa ruhjeet ja haavat sekä toistuvat infektiot sukupuolielimissä ja anaalialueella, sukupuolitaudit ja ikätasoon kuulumaton virtsa- ja ulosteinkontinenssi voivat olla seurausta lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Myös muualla kehossa voi esiintyä mustelmia, haavoja sekä muita vammoja ja lapsella voi esiintyä myös kävely- ja istumisongelmia. Raskaaksi tuleminen ei myöskään ole poissuljettu hyväksikäytön fyysinen vaikutus. (Liukkonen 2004, 18.)

3.1.2 Seksuaaliset käytösoireet

Seksuaalinen kehitys on yksi ihmisen kehityksen osa-alueista. Vauvasta lähtien seksuaalisuus on keskeinen lapsen persoonallisuuden kehityksen voima. Sen kehityksen kulkuun vaikuttavat sukupuoleen sidottujen, biologisten tekijöiden lisäksi kokemukset vanhempien välisestä parisuhteesta, vanhemmuudesta sekä muista läheisistä ihmissuhteista. Sekä ikävät että hyvät kokemuksemme omasta ruumiistamme ovat merkityksellisiä. Seksuaalisella traumalla lapsuudessa tai nuoruusiässä tiedetään olevan huomattavia ja kauaskantoisia vaikutuksia seksuaalikehitykseen (Pajunen 2006, 1).

Yksi seksuaalisen hyväksikäytön lähivaikutuksista on lapsen seksuaaliset käytösoireet. Lapsi voi ilmaista ikätasoonsa kuulumatonta seksuaalista käyttäytymistä, ylivilittynyyttä tai puheita. Lapsi voi esimerkiksi käyttäytyä aikuisia kohtaan viettelevästi ja seksuaalisesti provosoivalla tavalla. Hän saattaa myös yrittää suudella aikuista tai lähestyä tätä yrittämällä esimerkiksi hyväillä tämän rintoja tai sukupuolielimiä. (Heikinheimo & Tasola 2004, 21; Liukkonen 2004, 19.)

Seksuaaliset asiat korostuvat niin puheissa kuin myös hyväksikäytetyn lapsen leikeissä ja piirroksissa. Lapsella voi olla ikätasoonsa kuulumatonta tietoa seksuaalisista asioista ja tämä voi leikeissään toistaa kokemuksiaan ja pyrkiä saamaan muut lapset mukaan leikkeihin, joissa jäljitellään esimerkiksi yhdyntää. Seksuaalisiin käytösoireisiin kuuluu myös mm. lapsen pakonomainen ja julkinen masturboiminen sekä lapsen pyrkimys hyväksikäyttää muita lapsia. Murrosikäisellä seksuaalinen käytösoire voi ilmetä promiskuiteettina eli vapaina sukupuoli-suhteina. (Heikinheimo & Tasola 2004, 21; Liukkonen 2004, 19.)

Seksuaalinen käytöshäiriö voi olla myös päinvastainen ylikorostuneelle seksuaaliselle käyttäytymiselle. Se voi näkyä lapsen tai nuoren koko seksuaalisen minän kieltämisenä. Käyttäytyminen voi ilmentää tukahdutettua seksuaalisuutta mikä voi tytöillä esimerkiksi näkyä kaiken omaan sukupuoleen liittyvän, kuten vaatteiden, meikkien ja hiustenlaiton inhoamisena ja niin sanottuna poikatyttömäisyytenä ja maskuliinisuutena (Pajunen 2006, 1).

3.1.3 Muut käyttäytymis-, kehitys- ja psyykkiset oireet

Lapsen välitön reagointi seksuaaliseen hyväksikäyttöön on samanlaista kuin muihinkin elämänvaikeuksiin ja haavoittaviin kokemuksiin. Se voi ilmetä regressoitumisena eli taantumisena ikätasoa alemmalle tasolle, aggressiivisuutena, karkailuna, riehumisena, erilaisina psykosomaattisina oireina, masennuksena, itkuherkkyytenä, itsetuhoisuutena ja toivottomuutena, sulkeutuneisuutena ja alistuneena käytöksenä. Lapsella voi ilmetä erilaisia syömiseen liittyviä häiriöitä kuten pahoinvointia, ruokahalun menetystä ja ylensyöntiä joka johtaa liikalihavuuteen. Erilaiset nukkumiseen liittyvät ongelmat ovat myös yleisiä kuten painajaiset ja nukahtamispelko. Hyväksikäytetylle lapselle voi tulla jopa epilepsiaa muistuttavia kohtauksia ja neuroottistasoisia psyykkisiä häiriöitä. Lapsella voi esiintyä myös muita psykologisia oireita,

ihmissuhdeongelmia, ja oppimisvaikeuksia sekä päihteiden käyttöä ja lakien vastaista toimintaa. (Heikinheimo & Tasola 2004, 21; Liukkonen 2004, 19-20.)

Hyväksikäytön vaikutukset voivat ilmetä posttraumaattisesti viiveellä tapahtumien jälkeen. Posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD) on yleinen hyväksikäytetyillä lapsilla. Oireiden viive voi johtua lapsen yrityksestä eristää ja suojata itsensä tuskallisilta kokemuksilta. Vasta turvallisemmassa ympäristössä lapsi antaa itsensä taas tuntea. Posttraumaattiseen stressioireeseen kuuluu takauma eli flash back, jossa hyväksikäytetty niin sanotusti uudelleen kokee hyväksikäyttötilanteen hyvin elävänä ja voimakkaana, sekä vetäytyminen joka ilmenee mm. vähentyneenä reagoivuutena ja vieraantumisenä. Traumaattisessa stressioireessa voi esiintyä myös muistin heikentymistä ja tyhjyyden sekä menetyksen tunteita. (Heikinheimo & Tasola 2004, 23.)

3.2 Pitkäkestoiset vaikutukset

Hyväksikäytöllä voi olla seurauksia pitkälle aikuisuuteen, joten sen vaikutukset eivät rajoitu vain lapsuuteen (Heikinheimo & Tasola 2004, 22). Pitkäkestoisten vaikutusten tutkimus aikuisilla on ollut ongelmallista hyväksikäytetyissä esiintyvien vaikutusten erojen sekä aineiston keräämiseen vaikuttavien ennakoasenteiden vuoksi. Kuitenkin tutkimusten mukaan 98,6% hyväksikäytetyistä kertoo, että kokemus on vaikuttanut heihin syvästi. (Sanderson 2002, 44.)

Dissosiaation tai trauman tukahduttamisen vuoksi hyväksikäytetty ei aina tietoisella tasolla muista tapahtunutta ja kokemuksiaan. Kieltäminen on yksi ihmisen tärkeimmistä puolustusmekanismeista kaikissa ulkoisissa traumoissa. Vaikka hyväksikäytetty ei muistaisi traumaattisia kokemuksiaan, voi hänellä tänä aikana olla erilaisia hyväksikäytöstä johtuvia oireita, joiden syntyperää hän ei tiedä. (Liukkonen 2004, 20.)

Hyväksikäytetty voi pyrkiä tietoisesti kieltämään traumaattiset kokemuksensa. Hän voi selittää itselleen tapahtumien olleen vain mielikuvituksen tuotetta tai unta. Vaikka hyväksikäytetty muistaisi kokemuksensa, voi hän tietoisesti myös vähätellä tapahtumia ja niiden merkitystä ja elää kuin mitään ei olisi koskaan tapahtunutkaan. Asiasta puhuminen voi tehdä niin kipeää, että avun saaminen estyy. (Heikinheimo & Tasola 2004, 22; Liukkonen 2004, 20-21.)

Eri elämänvaiheet voivat aktivoida lapsuudessa koetun trauman. Esimerkiksi nuoruusiässä oman seksuaalisen identiteetin rakentaminen ja parisuhteen solmiminen voivat aktivoida trauman. Myös myöhemmin esimerkiksi naimisiin meno, ensimmäisen lapsen syntymä varsinkin jos tämä on tyttö, tai lapsen tulo ikään jolloin oma hyväksikäyttö on tapahtunut, sekä oman äidin tai hyväksikäyttäjän kuolema ovat tällaisia vaiheita. Myös pienet kokemukset kuten hyväksikäytöstä puhuminen, lukeminen tai kuuleminen voi laukaista trauman. Trauman aktivoituessa hyväksikäytetty muistaa kokemuksensa. Muistikuvat voivat palautua ns. flashbackseina eli välähtävinä muistikuvina tai vain häiritsevinä ajatuksina. (Heikinheimo & Tasola 2004, 22; Liukkonen 2004, 20-21.)

Seksuaalisen hyväksikäytön pitkäkestoiset vaikutukset voidaan jakaa mm. vaikutuksina käyttäytymiseen, vaikutuksina minäkuvaan, tunne-elämään ja mielialoihin, muihin psyykkisiin häiriöihin, vaikutuksina ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen sekä kehon toimintoihin liittyviin vaikutuksiin. On kuitenkin muistettava, että kyseisiä oireita on havaittu esiintyvän hyväksikäytetyillä, mutta myös muilla muista syistä johtuen. Myöskään vaikka henkilö olisi hyväksikäytetty, ei hänellä välttämättä esiinny yhtään kyseistä oiretta. (Liukkonen 2004, 20-21.)

3.2.1 Vaikutukset käyttäytymiseen

Seksuaalinen hyväksikäyttö vaikuttaa usein uhrin käyttäytymiseen vakavalla tavalla. Esimerkiksi itsensä fyysinen vahingoittaminen sekä itsemurha ja sen yritys voivat johtua traumaattisista kokemuksista lapsuudessa. Hyväksikäytetyt ovat alttiimpia erilaisten aineiden väärinkäytölle sekä erinäisille syömishäiriöille kuten anoreksialle, bulimialle tai ahmimiselle. Jonkin verran on tutkittu lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön ja syömishäiriön välistä yhteyttä, jotka antavat viitettä siitä, että lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö voi olla yhteyksissä syömishäiriön syntymiseen (mm. Ackard ym. 2001, Preti ym. 2006 sekä Hopwood ym. 2011.) Lisää näyttöä kuitenkin vielä tarvitaan aiheesta. Muutokset käyttäytymisessä voivat myös näkyä aggressiivisuutena muita kohtaan sekä uhrin alttiutena ryhtyä itse hyväksikäyttäjäksi. (Liukkonen 2004, 22.)

3.2.2 Vaikutukset minäkuvaan, tunne-elämään ja mielialoihin

Hyväksikäytetyllä on usein negatiivinen minäkuva. Hän tuntee itsensä pahaksi, likaiseksi, ja arvottomaksi. Erilaiset häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat yleisiä uhreilla, sillä lapsille ominaista on hakea selitystä itsestään, aina kun ei ymmärrä tapahtunutta. (Liukkonen 2004, 22; Heikinheimo 2004, 39.)

Seksuaalinen hyväksikäyttö vahingoittaa vakavasti myös uhrin kokemusta omista rajoistaan. Rikotuksi tulemisen kokemus aiheuttaa kyvyttömyyden tunnistaa ja ylläpitää omia rajojaan myös myöhemmin elämässä. Hyväksikäytettyjen on usein vaikea ymmärtää missä kulkee raja itsensä ja muiden välillä, jolloin heidän käytöksensä voi olla tungettelevaa ja epäkunnioittavaa. Oman yksityisyyden varjeleminen muilta voi olla myös vaikeaa. Myös vaikeus tunnistaa omia ja muiden tunteita liittyy tähän rikotuksi tulemisen kokemukseen. (Heikinheimo 2004, 24.)

Erilaiset tunteet kuten viha, suru, pelko, avuttomuus, voimattomuus, masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat keskeisiä seksuaalisen hyväksikäytön vaikutuksia. Uhri voi kärsiä paniikkihäiriöstä ja painajaisista sekä jännityksestä. Hän voi kokea elämänhallintansa ja elämänhalunsa heikentyneen, johtaen monesti itsetuhoisuuteen ja itsemurhayritykseen. (Liukkonen 2004, 22.)

Itsemurhayrityksen ja itsetuhoisuuden yhteyttä seksuaaliseen hyväksikäyttöön, on tutkittu jonkin verran, lisää tutkimuksia kuitenkin tarvitaan vielä aiheen parista. Ystgaard ym. (2004), Martin ym. (2004), Joiner ym. (2007) sekä Lopez-Castroman (2013) ovat muun muassa tutkineet lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön yhteyttä itsetuhoisuuteen ja itsemurhayritykseen. Tutkimukset osoittavat, että tämä traumaattinen kokemus on yhteyksissä itsetuhoisuuteen ja itsemurhayritykseen, etenkin jos taustalla on masennusta, toivottomuuden tunnetta tai ongelmia perheen kanssa.

3.2.3 Muut psyykkiset häiriöt

Posttraumaattinen stressihäiriö voi olla vaikutusta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Terveyskirjaston mukaan Mc Leer ym. (1998) ovat todenneet, että seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista 50% on kliinisissä tutkimuksissa diagnosoitu kärsivän posttraumaattisesta stressihäiriöstä (Terveyskirjasto Duodecim työryhmä 2006).

Myös persoonallisuushäiriö, kuten rajatila-persoonallisuus voi olla vaikutusta seksuaalisesta traumasta, kuten myös psykoottisuus ja pakko-oireiset häiriöt. Muita psyykkisiä häiriöitä voivat olla dissosiaatiohäiriöt, kuten dissosiativinen muistinmenetytys sekä dissosiativinen identiteettihäiriö. (Liukkonen 2004, 23.)

Dissosiaatiohäiriössä psyyke pyrkii hallitsemaan mielen tasapainoa uhkaaville voimakkaille tunnetiloille, joita ovat traumaattiset kokemukset ja niihin liittyvät häpeän, pelon tai kauhun tunteet. Traumaan liittyvä ärsyke tai yritys puhua traumaan liittyvistä tapahtumista voi laukaista tunnemuistoilta suojaavan dissosiaation. Tämä dissosiaatio voi herättää ahdistusta ja vaikeuttaa vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Dissosiativiset häiriöt ja oireet voidaan ymmärtää myös reaktioina niille tapahtumille tai ärsykkeille, jotka muistuttavat traumaattista kokemusta, jonka seurauksena ihminen muuttuu tai pyrkii muuttumaan tilaan, jossa hän oli alkuperäisessä traumatilanteessa. Tällöin oireiden luonne riippuu siitä, mikä persoonan emotionaalinen osa aktivoituu missäkin tilanteessa: alistuva, pelkäävä vai jähmettyvä. Dissosiativiset oireet eivät siis ole yksittäisiä oireita, vaan traumamuiston aktivoiman persoonan tilaan kuuluvia oireita. (Huttunen 2011.)

3.2.4 Vaikutukset ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen

Seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset ihmissuhteisiin ovat huomattavat. Epäluottamus muita ihmisiä kohtaan, läheisyyden pelko sekä tarve hallita ihmissuhteita ja tilanteita ovat tavallisia. Hyväksikäytetty saattaa välttää läheisiä ihmissuhteita ja näin hakeutua useisiin lyhyisiin suhteisiin tai satunnaisiin sukupuoliyhdyntöihin (Liukkonen 2004, 23). Monilla on alttius ja taipumus joutua myöhemminkin elämässään hyväksikäytön kohteeksi tavalla tai toisella. Hyväksikäyttö voi olla seksuaalista tai vaikkapa henkistä tai taloudellista. Kuitenkin hyväksikäytetyillä on erityisesti parisuhteissaan alttius joutua seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. He eivät osaa pitää huolta itsestään eikä omista oikeuksistaan. Myös alttius valita lapsia seksuaalisesti hyväksikäyttävä henkilö elämäkumppanikseen on olemassa. (Liukkonen 2004, 23; Heikinheimo 2004, 23.)

3.2.5 Vaikutukset kehon toimintoihin

Hyväksikäytetyillä ilmenee usein fyysisiä oireita, joille ei löydy somaattista selitystä. Fyysinen kipu on usein ainoa keino, jolla hyväksikäytetty sallii itsensä ilmaista kipuaan. Oireina voivat olla mm. hermostoperäiset tai vatsahapoista johtuvat vatsakivut, migreenipäänsäryt, krampit, iho-oireet kuten ihottumat, läiskät ja toistuvat arpeumat raapimisen johdosta, rakkotulehdukset ja kurkkukivut. Kipua voi tuntua tietyllä alueella, johon hyväksikäyttö on kohdistunut. Esimerkiksi lantion tai emättimen alueen kipuja esiintyy osalla hyväksikäytetyistä. Monien hyväksikäytettyjen on vaikea rentoutua jopa nukkuessaan, sillä he ovat ylitarkkaavaisia. Tämä voi aiheuttaa epätavallisia lihasjännityksiä ja niihin liittyviä kipuja. Myös unihäiriöt ovat hyväksikäytetyillä yleisiä. Unenlaatu kärsii, kun nukkuminen on levotonta ja siihen kuuluvat myös painajaiset. (Sanderson 2002, 66; Liukkonen 2004, 24.)

4 FYSIOTERAPIA MUODOT

Yleensä fysioterapia keskittyy ihmisen fysiikkaan sekä liikkeeseen ja sen laatuun. Kuitenkin traumapotilaiden kohdalla tulee fysioterapiassa soveltaa myös muiden alojen, kuten psykologian tieto-taitoa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten fysioterapiassa voidaan käyttää monia erilaisia fysioterapian muotoja. Esittelemme seuraavissa kappaleissa muutaman fysioterapeuttien haastatteluista esiinnoseen terapiamuodon.

4.1 Psykofyysinen fysioterapia

Jos potilas on joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi ja tulee fysioterapiaan esimerkiksi jonkin kehollisen oireen vuoksi, on fysioterapeuttinen

lähestymistapa usein psykofyysinen. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Siinä keskeinen ajatus on, että mieli ja keho muodostavat kokonaisuuden ja ovat koko ajan vuorovaikutuksessa keskenään: tunteet kehossa vaikuttavat mieleen, tunteet ja ajatukset taas heijastuvat oman kehon käsitykseen ja liikkumiseen. Psykofyysinen fysioterapia antaa potilaalle ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja arkielämään ja mahdollistaa oman kehollisuuden tunnistamisen, kokemisen ja hyväksymisen. Oleellisena osana terapiaa on huomioida hengityksen, liikkumisen ja asentojen nostamien ajatusten, tunteiden ja kokemusten merkitys ihmiselle. Tavoitteet määräytyvät aina asiakkaan elämäntilanteen ja voimavarojen mukaan. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa tärkeimmäksi elementiksi nousee kehontunteminen. Kehontunteminen on Roxendalin mukaan syvällistä kokemusta omasta kehosta, olemisesta ja minästä kokonaisuutena. Kehontunteamisessa keskeistä ovat suhde alustaan, liikekeskus, keskilinja, hengitys- ja liikkeen virtaus, joita voidaan harjoitella yksinkertaisilla harjoituksilla. Näillä kehontunteusharjoituksilla pyritään vahvistamaan ja lisäämään ihmisen kykyä elää tasapainoisemmin omassa kehossaan sekä levossa että liikkeessä. Psykofyysinen fysioterapia voikin olla muiden terapioiden kanssa avain traumatisoituneen henkilön keholliseen oirehdintaan. (Tähkävuori 2005,86-88.)

Psykofyysinen fysioterapia on vielä melko pieni terapia-alue Suomessa. Haluamme opinnäytetyössämme tuoda esille psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia jännittyneisyyden, kivun ja muiden traumatisoitumisesta johtuvien oireiden hoitamiseksi seksuaalisesti hyväksikäytetyillä potilailla.

Suomalainen fysioterapeutti Irma Tähkävuori selvitti kehittämistehtävässään (2005) psykofyysisen fysioterapiaryhmän vaikuttavuutta seksuaalista väkivaltaa

kokeneiden naisten kehontuntemuksiin. Ryhmäläisten kokemukset rentoutus- ja kehontuntemusharjoituksista olivat positiivisia, he olivat kokeneet jännittyneiden lihasten rentoutuvan ja kipujen lieventyvän myös kehon keskusta oli löytynyt. Monilla ryhmäläisillä oli lisääntynyt uskallus käyttää omaa kehoa. Lisäksi itsetunto oli kohonnut ja yksi oli löytänyt oman itsensä. Myös muutoksia kivun kokemisessa Tähkävuori selvitti, osalla kivut olivat hävinneet kokonaan tai lieventyneet, toisilla taas hieman lisääntyneet. Ryhmäläiset kertoivat päässeensä harjoitusten myötä kipujensa ytimeen, jonka löydyttyä kivut olivat lieventyneet. Lisäksi kosketuksensiedossa oli tapahtunut muutoksia. Eräs ryhmäläinen kertoi vähitellen oppineensa nauttimaan muiden koskettamisesta, vaikka ensimmäinen kosketusharjoituskerta olikin aiheuttanut oksettavan olotilan. Omaan itseensä kohdistuvan koskettamisen he kokivat edelleen vaikeana, mutta ei enää mahdottomana. (Tähkävuori 2005, 90-92; mm. Roxendal ym. 1997)

Myös ruotsalainen fysioterapeutti Monica Mattson on todennut väitöskirjassaan *Body Awaraness applications in physiotherapy* (1998) lapsena hyväksikäytettyjen naisten hyötynneen ryhmämuotoisesta kehotietoisuusterapiasta muun muassa elämänlaadun paranemisella ja oireiden vähenemisellä 50%.

4.2 Seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus

Psykofyysiseen fysioterapiaan liittyy oleellisena tasavertainen vuorovaikutus fysioterapeutin ja potilaan kanssa (mm. Suomen Psykofyysisen fysioterapian yhdisys, 2014). Ihmisten välistä toimintaa eri ympäristöissä kutsutaan sosiaalisesti vuorovaikutukseksi. Vuorovaikutusta on kaikki viestintä, jolla pyritään toisen ihmisen kohtaamiseen sekä viestinnän aloittamiseen ja ylläpitoon. Keskeisiä vuorovaikutustaitoja ovat tunneyhteyden luominen, keskustelutaidot, viestinnän kielen hallinta, itseilmaisu ja vastaanotto, empatiataito, yhteistyö- ja ryhmätaidot sekä kyky havainnoida tilannetta,

seurata palautetta ja toimia joustavasti viestinnän tavoitteen saavuttamiseksi. (Repo & Nuutinen 2003, 9; Kauppila 2005, 19,24.)

Vuorovaikutuksen eri keinoja ovat verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä. Viestintä on perusta vuorovaikutukselle ja hyvät vuorovaikutustaidot vaativat hyviä viestintätaitoja. Verbaalista eli sanallista viestintää ovat puheilmaston sanalliset muodot ja koko kielenkäyttö (Kauppila 2000, 25,27). Tämä siis edellyttää yhteistä kieltä ja kulttuuria, jotta viesti tulkitaan samalla tavalla. Vain kymmenen prosenttia viestinnästä on verbaalista viestintää, non-verbaalisen eli sanattoman viestinnän kattaessa yli puolet. (Pöysä 2010.)

Ihminen siis viestittää enemmän sanattomasti, kuin sanoillaan. Usein ilmeet ja eleet vuorovaikutustilanteessa paljastavat ihmisestä enemmän kuin hänen sanansa. Ne usein paljastavat viestin oikeellisuuden ja yhdenmukaisuuden. Sanattoman viestinnän muotoja ovat olemus, asento, ilmeet ja eleet sekä äänet, tempo, tilankäyttö, ajankäyttö ja ulkoasu. Hyvää vuorovaikutusta ovat sanallisen ja sanattoman viestinnän yhdenmukaisuus. Kosketus voi olla osa sanattoma viestintää. Kosketuksen avulla välittyy esimerkiksi pitämisen, turvallisuuden ja ymmärtämisen viestit (Kauppila 2000, 33,34). Manuaalinen terapia on yksi fysioterapian menetelmistä (Suomen fysioterapeutit 2014). Koskettaminen toimii siis yhtenä suurimmista sanattoman viestinnän välineistä fysioterapiassa.

Vuorovaikutus on traumapotilaiden kohdalla elintärkeää terapian onnistumisen kannalta. Terapeutin tehtävä on tehdä potilaan olo turvalliseksi ja luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde olemalla kunnioittavasti läsnä. Kukkohovin (2004) tutkimuksen mukaan vuorovaikutussuhteessa viestinnän tulisi olla vastavuoroista, jolloin potilas tuntee olevansa terapeutin kanssa tasavertainen, eikä koe olevansa tämän alapuolella. Juurikin terapeutin läsnäolo sekä potilaan kuunteleminen ja huomioiminen saavat potilaan tuntemaan tasa-arvoa. (Kukkohovi 2004, 51.)

Vuorovaikutustilanteessa on terapeutin otettava huomioon monia eri asioita. Nonverbaalisella viestinnällä on suuri merkitys vuorovaikutustilanteelle ja monet nonverbaaliset reaktiot saattavat olla tiedostamattomia. Terapeutin tulisi pohtia reaktioita tarkemmin, jotta osaisi kiinnittää huomiota niihin omassa käytöksessään sekä potilaan käytöksessä. Jo terapeutin asento kielii eri asioita vuorovaikutustilanteessa; esimerkiksi terapeutin kädet tulisi olla näkyvillä ja puhetta voi korostaa niiden pehmeillä ja rauhallisilla liikkeillä. Kädet taskussa tai selän takana viestittää helposti välinpitämättömyyttä ja jopa uhmakkuutta. (Miettinen & Kaarne 2008, 276.)

4.3 Kosketus terapiassa

Lämpö, hoiva, välittäminen, arvostus, hyväksyntä ja turvallisuus välittyvät kosketuksesta (Jaakkola 1999; Maxwell-Hudson 2000, 156). Kosketus on vuorovaikutustapahtuma, josta voidaan erottaa neljä vaihetta: kosketus, tulkinta, tarkoitus ja reaktio. Usein kosketuksen tulkinnassa tapahtuu helposti virheitä, jolloin kosketus ei tuota toivottua reaktiota. Tähän vaikuttavat muun muassa kulttuuri, tilanne, persoonallisuus, sosiaalinen asema sekä aikaisemmat kokemukset. Ihminen, jonka tuntee kosketuksen uhkaavana tai intiimireviirilleen tunkeutumisena, reagoi siihen torjuvasti. Kosketustapahtumalle edellytetäänkin hyväksyvää vastavuoroisuutta. (Arponen 2001, 9–10.)

Kosketus on olennainen osa fysioterapeutin työtä, jota käytetään työvälineenä tutkimisen lisäksi myös eri terapiamenetelminä esimerkiksi rentoutuksissa tai hieronnassa. Kosketus voi kuitenkin vaikuttaa ihmiseen joko lähentävästi tai etäännyttävästi, lisäksi sen välityksellä potilas voi oppia tunnistamaan lihaksissaan jännittyneisyyden ja rentoutuneisuuden. (Talvitie ym.2006, 280–281.)

Kosketus voi olla suora, jolla tarkoitamme käden kosketusta suoraan iholle tai sitten epäsuora, kun käden ja kosketettavan ihon välissä on esimerkiksi pallo. Kosketusta tulee mieltä seksuaalisesti hyväksikäytettyjen potilaiden kanssa harkitusti ja siihen tulee kysyä lupa. Haastateltavat korostavat ettei sivelevää kosketusta tai hierovaa kosketusta tulisi käyttää terapiassa. Kosketuksen tulee olla mieluiten varma ja napakka.

Kosketus voi vähentää tai lisätä fysiologista stressiä (Mäkelä 2005.) Tämä on tärkeä muistaa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen kanssa työskennellessä. Kosketus voi saada aikaan syvällisiä fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Oikeanlainen kosketus alentaa sydämen sykettä ja verenpainetta, rentouttaa, vähentää jännitystä sekä rauhoittaa hermoja. Kosketuksen on havaittu vapauttavan elimistössä oksitosiinia ja endorfiinia, jotka tuottavat mielihyvää sekä lievittävät kipua (Arponen 2001, 13). Lisäksi kosketukselle antautuminen vahvistaa itsetuntoa, itsearvostusta ja lisää kehotietoisuutta. Jännittyneiden lihasten rentoutuessa voi myös patoutuneiden tunteiden purkautuminen tulla helpommaksi. (Thomas 1990, 10–12.)

4.4 Liiketerapia

Haastateltavamme mainitsivat usein liikkeen käyttöä terapiassa eli niin sanottua liiketerapiaa, minkä haluamme nostaa esille yhtenä terapiakeinona. Liike- ja tanssiterapia on Suomessa vielä melko nuori ja valitettavan huonosti tunnettu luoviin ja toiminnallisiin terapioihin kuuluva psykoterapian erityissovellus, joka painottaa kehollisuutta sekä luovan prosessin merkitystä terapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa. Liiketerapia soveltuu kaikille, jotka ovat halukkaita tutkimaan omaa elämäänsä kehollisten harjoitusten, liikkeen, tanssin ja muiden ilmaisujen keinoin (Svennevig 2003, 29). Usein seksuaalisesti hyväksikäytetyillä potilailla voi olla tällaisia post-traumaattiseen stressihäiriöön liittyviä oireita

(Heikinheimo & Tasola 2004, 23), joihin pystyy vaikuttamaan esimerkiksi liiketerapialla.

Liiketerapia soveltuu myös vääristyneen kehonkuvan korjaamiseen, syömishäiriöiden ja psykosomaattisten oireiden hoitoon, jotka ovat myös melko yleisiä kyseisillä potilailla. Esimerkiksi tutkimuksessa *"Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample"* (2001) Ackard ym. havaitsivat, että nimenomaan bulimiset syömishäiriöt ovat kytköksissä hyväksikäyttökokemuksiin. Syömishäiriöitä ilmeni tutkimusaineistossa 13 % tytöistä ja 7 % pojista. Tutkimukseen osallistui 6728 henkilöä. Myös mm. Rayworth ym. (2004), Preti ym. (2006), Sanci ym. (2008), sekä Hopwood ym. (2011) ovat tutkineet lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön ja syömishäiriöiden välistä yhteyttä. Tulokset antavat viitteitä siitä, että lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö tai trauma on tosiaan yhteydessä syömishäiröön. Lisää tutkimuksia ja näyttöä aiheeseen liittyen tarvitaan kuitenkin vielä.

Tanssiterapeutti ja The Moving Cycle mallin kehittäjä *Christine Caldwell* puhuu niin sanotusta addiktiivisesta spiraalista, joka alkaa siitä kun ihminen kokee jotain niin sietämätöntä, jota ei itse pysty kohtaamaan. Tämä aiheuttaa sen, että ihminen kontrolloi omia toimintoja, tunteita ja ajatuksia. Tällöin ihminen vetäytyy pois omasta kehosta ja sen tuntemuksista. Kehosta tulee sulkeutunut ja jännittynyt. Liikkeistä tulee kaavamaisia ja hengityksestä kontrolloitua. Tällainen vetäytyminen kehosta mieleen on tapa välttää tunteita, jotka voivat liittyä traumaattiseen keholliseen kokemukseen, kuten fyysiseen ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön. (Segal ym. 2002, 139-140.) Tällaiselle potilaalle kehon tuntemusten tiedostaminen esimerkiksi kehonkuunteluharjoituksessa voi olla vaikeaa ja herättää menneet tunteet ja kokemukset. Kehon tunteminen ja tiedostaminen tarkoittaa niiden kiellettyjen tunteiden aktivoitumista ja kohtaamista. Tällaisesta sietämättömästä ja traumaattisesta kokemuksesta,

kuten seksuaalisesta hyväksikäytöstä toipumisessa onkin kyse paluusta kehoon ja sen tuntemiseen. (ks. Caldwell 1996.)

Liiketerapiassa yhdistyy kehollisuus, toiminnallisuus, tunteet sekä ajattelu, joiden kautta voi oppia arvostamaan omaa kehoaan ja löytää uusia voimavaroja. Joskus voi potilaalle olla helpompaa ilmaista asioita liikkeen kautta kuin keskustella asiasta, tai se voi auttaa ilmaisemaan sellaisia asioita tai tunteita, joille ei löydy sanoja. Myös toiminnallisuutensa ansiosta liiketerapia soveltuu hyväksi työskentelymuodoksi silloin, kun asiakas syystä tai toisesta ei pysty verbaaliseen psykoterapeuttiseen työskentelyyn. Tärkeää on tietää, ettei liiketerapia vaadi osallistujalta minkäänlaista tanssin osaamista tai erityistä fyysistä kuntoa eikä siinä keskitytä tanssin opettamiseen. (Kurvinen & Ylönen 2014; Kaijanen 2013; Svennevig 2003, 9.)

4.5 Rentoutuminen

Rentoutusmenetelmät on yksi psykofyysisen fysioterapian työkaluista (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014). Rentoutuminen on ihmisruumiin omien, terveyttä säilyttävien ja tasapainottavien reaktioiden säilyttämistä, vahvistamista ja elvyttämistä tavoitteena kehon ja mielen tasapaino eri tilanteissa (Herrala ym. 2009, 169). Se on elimistön toiminnan rauhoittamista ja se on nähty monien psykosomaattisten vaivojen helpottajana. Rentoutuminen kohdistuu fyysisiin ja mielen toimintoihin erikseen tai yhdenaikaisesti. Se on kuitenkin aina henkinen kokemus vaikka mukana olisikin fyysinen rasitus.

Itämaiseen kulttuuriin on kuulunut rentouden harjoittaminen jo kauan. Itämaiset menetelmät, kuten jooga ja zen-buddhismi, ovat olleet jo tuhansia vuosia käytössä. Nämä menetelmät perustuvat itsesuggestioon ja ovat antaneet pohjan länsimaisen lääketieteen hoitokeinoiksi kehitettyihin rentoutusmuotoihin. Länsimaisen kulttuurin rentoutusmenetelmille yhteistä

on lihasrentoutteen vaikuttaminen tahdon avulla, tietoisesti keskittymällä, kun taas idässä pyritään mielen ja ruumiin tasapainoon ennen kaikkea mietiskelemällä. (Kataja 2003, 13, 22-23.)

Rentoutuessa tajunnan tilat muuttuvat. Tajunnan tilojen muuttumista voidaan kuvata aivojen vireystasoilla. Aivojen vireystason laskiessa alemmille tasoille älylliselle tulkinnalle jää vähemmän tilaa ja aivojen järjestelmät alkavat tulkita tilannetta tunteiden ehdoilla. Vireystason laskiessa hyvissä olosuhteissa, voi se levitä nopeasti ääreishermoston, autonomisen hermoston, sisäeritysjärjestelmän ja immuunijärjestelmän kautta koko ihmiseen. Jos tarkastelee rentoutumista ainoastaan lihaksiston olotilana, voidaan se määritellä kehon kaikkien lihasten mahdollisen täydellisenä rentoutumisena samaan aikaan. Koko kehon rentoutuessa rentous on yleistä ja kun vain yksi lihas tai lihasryhmä rentoutuu, kutsutaan rentoutumista paikalliseksi. (Kataja 2003, 23-24.)

Rentoutuminen on kokonaisvaltainen tapahtuma ja se vaikuttaa ihmisen psyykkiseen sekä fyysiseen puoleen. Eri vaikutusten yhteistyönä rentoutuminen voi kehittää ihmisen inhimillisiä voimavaroja (Kataja 2003, 35). Rentoutumisen avulla ihminen virkistyy, mieliala rauhoittuu ja mielen olotila kaiken kaikkiaan tasapainottuu. Ruumiilliset muutokset ovat selvemmin aistittavissa ja niitä ovat mm. hengityksen tasaantuminen ja lihasten rentoutuminen. Myös kipu ja särky voivat lievittyä rentoutumisen myötä. (Herrala ym. 2009, 171.)

Psyykkiset vaikutukset	Fyysiset vaikutukset
Tasapainoisuuden tunne ja itsetuntemus lisääntyy	Hengitystiheyden ja sydämen lyöntitiheyden väheneminen
Keskittymiskyvyn paraneminen	Verenpaineen aleneminen ja aineenvaihdunnan hidastuminen
Myönteinen asenne ja paremmat voimavarat	Pallean rentoutuminen
Jännittyneisyyden lieventyminen ja paniikkikohtauksien väheneminen	Palautuminen ja syvä lepo lisääntyvät

Mielihyvän tunne ja tunteiden luovempi käyttö	Lihasten ja hermojen yhteistyö tehokkaampaa
Mielialan rauhoittuminen ja oman toiminnan kontrolloinnin lisääntyminen	Ihon lisääntyneen sähkönjohtokyvyn myötä lämpö lisääntyy lihaksissa
Mielen virkistyminen	Kivun lievittyminen

Taulukko 2. Rentoutumisen vaikutuksia (mukaellen Kataja 2003, 28; Herrala ym. 2009, 170.)

Kehoa ja mieltä rentouttavia tekniikoita on monia, niiden vaikuttaessa elimistöön eri tavoin (Herrala ym. 2009, 171). Rentoutusmenetelmät voidaan jakaa aktiivisiin menetelmiin ja rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiin. Aktiiviset menetelmät, joita kutsutaan myös perifeerisiksi menetelmiksi, voidaan jakaa kahteen päätyyppiin. Toisessa päätyypissä pyritään omatoimisesti ensin jännittämään lihas ja heti perään laukaisemaan jännitys, kun toisessa päätyypissä lihasta voidaan manipuloida ulkoisin ärsykkein, synnyttäen nivelpintoihin painetta, joka aiheuttaa ärsykeitä tuntohermoihin samalla aktivoiden hermojärjestelmää. Ulkoisien ärsykkeiden avulla rentoutuminen voi toteutua mm. hieronnan, saunan tai vaikka kylpyjen avulla. Näiden vaikutus perustuu kahden eriasteisen olotilan vaihteluun sekä verenkierron lisääntymiseen. Kyseisiä olotiloja voivat olla mm. kuuma-kylmä ja kosketus-ei kosketus. Erilaisten olotilojen vaihtelut aiheuttavat ihmiselle mielihyvää.

Molempien, sekä omatoimisten että ulkoisiin ärsykkeisiin perustuvien menetelmien tarkoituksena on oppia tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen ero, sekä laukaista lihasjännityksiä ja ennaltaehkäistä niiden syntymistä. Aktiivisista menetelmistä tunnetuin on Edmund Jakobssonin jännitä- laukaise tekniikka, jonka avulla voidaan oppia tunnistamaan rennon ja jännittyneen lihaksen ero. (Kataja 2003, 52,66.)

Rauhoittumis- ja suggestiomenetelmillä rauhoitetaan mieltä. Rentoutuminen voidaan saada aikaan suggestioita eli erilaisia ärsykeitä apuna käyttämällä. Käytetyin suggestiomenetelmä on Schulzin menetelmä, joka perustuu rentoutumisen harjoitteluun keskittymisen ja ajattelun avulla. Schulzin

menetelmässä ns. puhutellaan pääliharyhmät rennoiksi, opetellen samalla aistimaan lihaksissa eri tuntemuksia kuten lämmön, painon ja rentoutumisen tuntemuksia. Myös rauhoittumismenetelmällä eli hiljentymällä omaan sisäiseen maailmaan voidaan saavuttaa rentous. Tällöin ihmisen tunnealueet ja mielikuvakeskukset aktivoituvat. (Kataja 2003, 52, 98.)

4.6 Hengitysharjoitteet

Hengitysharjoitteet ovat rentoutusmenetelmien lailla yksi psykofyysisen fysioterapian käytetyistä menetelmistä (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014). Hengitysharjoitteita käytetään siis osana fysioterapiaa. Hengitysterapia on taas Elsa Gindlerin kehittämä terapiamuoto, jossa tähdätään hengityslihasten jännitystilojen laukaisemiseen. Jännitykset voivat johtua joko fyysisistä sairauksista, leikkauksista, vammoista tai emotionaalisista syistä. Ihmisen tukahduttaessa tunteensa, hengitys yleensä lyhenee ja pinnallistuu lihasjännityksistä johtuen, mihin hengitysterapialla pyritäänkin myönteisesti vaikuttamaan. (Svennevig 2005, 99.)

Hengityksen merkitys on tiedetty jo vuosituhansia mm. intialaisessa ja tiibetiläisessä joogaperinteessä. Hengitys toimii kehon ja mielen välissä ja on konkreettinen, helposti havaittava ja mitattava asia. Se toimii yhteydessä tahdonalaiseen eli sympaattiseen ja tahdosta riippumattomaan eli parasympaattiseen hermostoon. Hengitystä voi siis ohjailla, ja tietyllä tavalla sitä säätelemällä voidaan vaikuttaa keskeisiin elintoimintoihin positiivisesti. Näin ollen se on tärkeä väline esimerkiksi rentoutumisessa ja stressin purkamisessa. Tämä ajattelu on rantautunut länsimaihin vasta hiljattain. (Jokiniva 2012, 77.)

Stressaantunut ja ahdistunut ihminen hengittää pinnallisesti, nopeasti ja jopa katkonaisesti. Mieliala ja erilaiset tunteet kuten kipu, ahdistus ja pelko näkyvät hengityksessä mm. vatsalihasten jännityksinä, pallean jännityksenä, rintakehän

lukkiutumisenä, niska- ja selkävaivoina sekä sisäelimissä. Kyseisten oireiden vuoksi vapautunut hengitys häiriintyy ja näkyy mm. hengityksen syklissä. Hengitystä kutsutaankin ns. sielun peiliksi, koska kaikki tunteet heijastuvat sen kautta. Ihmisen olisi tärkeää pystyä kontrolloimaan tunteitaan ja psyykkisiä reaktioitaan ja hengityksen avulla tätä säätelyä voidaan harjoitella. Oikeanlainen luonnollinen, syvä ja rauhallisen rytmillinen hengitys auttaa ihmistä rauhoittumaan, lisäämään voimavarojaan ja keskittymään. Oikean hengityksen avulla tunnereaktioita voidaan tasapainottaa ja vaikeiden tilanteiden kohtaaminen on helpompaa. (Kataja 2003, 54, 56–57; Herrala ym. 2009, 82–83; Mayland 1992, 46.)

Hengitysharjoitteet voidaan usein liittää rentoutusharjoitteisiin. Oli kyse aktiivisista rentoutusmenetelmistä tai rauhoittumis- ja suggestiomenetelmistä, on oikeanlainen ja hyvä hengitys tärkeää. Esimerkiksi aktiivisten rentoutusmenetelmien yhteydessä oikeanlaisen hengityksen harjoittaminen on olennaista. Liikunnan vähenemisen sekä kestojännityksen lisääntymisen myötä rintakehän ja hengityslihasten joustavuus on vähentynyt, mikä estää luonnollisen ja elintoimintoja harmonisoivan hengityksen. (Kataja 2003, 53.) Näin siis pallean toiminta estyy ja hengityksestä tulee pinnallista (Jokiniva 2012, 77). Hengitysharjoituksilla lisätään rintakehän liikkuvuutta ja hengityslihasten toimintakykyä (Kataja 2003, 53).

Suggestio- ja rauhoittumismenetelmissä luonnollisen hengityksen rooli on suuri. Menetelmien avulla pyritään tasaamaan hengitys rauhalliseksi ja hengitystä tarkkaillaan ja säädellään. Opetellessa oikeanlaista hengittämistä, käytetään nenällä ja suulla tehtäviä yhdistelmäharjoitteita.

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytimme olemassa olevaa kirjallisuutta ja tutkimuksia sekä toteuttamiamme fysioterapeuttien haastatteluita.

5.1 Kirjallisuus ja tutkimukset

Aloitimme aineistoon tutustumisen ja aineistonkeruun kevättälvella 2013. Kirjallisuutta aiheesta löytyi esimerkiksi hoitotyön ja psykiatrian näkökulmasta, mutta fysioterapian osalta aineistoa löytyi niukasti. Kuitenkin osa löytämistämme kirjallisuudesta sekä tutkimuksista oli sovellettavissa fysioterapiaan. Pyrimme käyttämään työssämme ajankohtaista tietoa, mutta sen niukkuuden vuoksi emme myöskään poissulkeneet vanhempaa aineistoa. Haastatteluista nousivat esille muutamat aiheet, kuten syömishäiriöt, masennus ja kipu, joiden perusteella lähdimme etsimään tutkimuksia. Etsimme aihealueesta tietoa PubMedistä ja Pedrosta seuraavilla hakusanoilla (Taulukko 3). Osumia löytyi yli 5000, joista pystyimme hyödyntämään 12 opinnäytetyössämme.

Hakusana	Osumat
Sexual abuse consequences	1129
Sexual abuse and eating disorder	457
Sexual abuse and depression	2457
Sexual abuse and pain	582
Sexual abuse and physiotherapy	30
Sexual abuse and suicide	1064

Taulukko 3. Hakusanat ja osumat 2014

5.2 Haastattelut

Valitsimme fysioterapeuttien haastattelut tiedonkeruumenetelmäksi, koska aiheesta oli ennalta hyvin vähän kirjallisuutta ja tutkimustietoa fysioterapian osalta. Haastatteluiden avulla pystyimme syventämään olemassa olevaa tietoa (Hirsjärvi ym. 2007). Lähetimme haastattelupyynnön yhdelletoista aiheen parissa työskentelevälle fysioterapeutille, joista viisi osallistui haastatteluun. Haastattelut toteutimme kevättalvella 2013 kolmen viikon sisällä.

Neljä haastatteluista toteutettiin äänitettyinä puhelinkeskusteluina ja yksi kasvokkain äänitettyinä. Haastatteluksi valitsimme puolistrukturoidun haastattelun eli teemahaastattelun, jotta pystyimme kohdentamaan saadun tiedon rajattuihin, ennalta valittuihin teemoihin (mm. Hirsjärvi ym. 2007; Tuomi & Sarajärvi 2002). Oletimme fysioterapeuteilla olevan kokemukseen perustuvaa tietoa aiheesta, jonka vuoksi myös valitsimme teemahaastattelun haastattelumuodoksi. Haastattelumme muodostuu kahdesta teemasta, joiden aihealueista halusimme lisää tietoa. Pystyimme rajaamaan saadun tiedon teemojen mukaisiksi ennalta muotoillun haastattelurungon avulla ja olimme miettineet tarvittavat apukysymykset etukäteen. Aihe oli meille tuttu harjoittelujaksoiltamme ja olimme perehtyneet kirjallisuuteen ennen haastatteluita. Pystyimme haastattelun aikana myös esittämään tarkentavia kysymyksiä, joita emme olleet etukäteen miettineet. Myös termistön etukäteen tunteminen helpotti haastattelun kulkua.

Kaikki haastattelut äänitettiin. Ennen haastatteluita testattiin äänityslaitteen toimiminen ja puheen voimakkuus sekä haastattelijalta että haastateltavalta, jotta nauhoitustulos olisi mahdollisimman onnistunut ja selkeä (ks. Hirsjärvi & Hurme 2004). Lähetimme kaikille haastateltaville haastattelurungon muutama viikko ennen haastattelua, jotta haastateltavat voisi valmistautua etukäteen. Tämä lisää haastattelun luotettavuutta. Toteutimme haastattelut yhdessä

jakamalla haastattelukysymykset puoliksi. Kaikki haastattelut litteroimme sanasta sanaan.

Haastattelimme viittä psykiatrisella puolella monia vuosia työskennellyttä, ammattitaitoista ja aiheeseen jatkokouluttautunutta fysioterapeuttia. Kaikki viisi haastateltavaamme ovat kuntouttaneet seksuaalisesti hyväksikäytettyjä naisia useiden vuosien ajan. Haastateltaviin kuului sekä miehiä että naisia, jotka työskentelevät ympäri Suomea julkisella ja yksityisellä sektorilla. Haastateltavat työskentelevät eri-ikäisten, seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten kanssa ja tekevät sekä yksilö- että ryhmäterapiaa. Haastateltavilta fysioterapeuteilta saatu tieto on luotettavaa, sillä pitkäaikaisella työkokemuksella saatu tieto-taito on arvokasta ja ainutlaatuista. Näyttöönperustuvaa ammatillista erityisosaamista voidaan käyttää asiakkaan kuntoutukseen ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa sekä toteutuksessa (ks. Jewell 2008).

5.3 Haastatteluaineiston analyysi

Aineiston analysoinnin teimme yhdessä. Haastattelut kestivät keskimäärin noin puoli tuntia. Välittömästi haastatteluiden jälkeen keskustelimme esiin nousseista aiheista ja fysioterapeuttien vastauksista. Näin varmentui meidän keskinäinen ymmärrys saadusta tiedosta. Äänitetyt haastattelut litteroimme sanasta sanaan haastattelupäivänä, jolloin haastattelu oli vielä tuoreessa muistissa. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 25 sivua, keskimäärin viisi sivua haastattelua kohden.

Haastattelut analysoimme sisällön teemoittelulla (esim. Tuomi & Sarajärvi 2002). Analyysin teemat muodostuivat haastattelun kahdesta pääteemasta ja niiden alateemoista (Liite 3). Olemme noudattaneet haastattelurungon kahta pääteemaa ja niiden alateemoja. Analyysissä aineistosta muodostui neljä teemaa, joissa yhdistyi useampi alateema. Haastatteluista saadussa tiedossa

käsitellään aika ajoin samoja aiheita, jonka vuoksi olemme yhdistelleet tietoa teemojen sisällä.

Esittelemme seuraavassa kappaleessa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen fysioterapiaa analyysin tuloksena muodostuneina teemoina yhdessä kirjallisuuden ja haastatteluista saadun tiedon kanssa. Käytämme tuloksien esittelyssä suoria lainauksia kaikilta haastateltavilta fysioterapeuteilta.

6 HYVÄKSIKÄYTETYN FYSIOTERAPIA

Fysioterapia on tärkeä osa seksuaalisesti hyväksikäytetyn traumapotilaan kokonaisuhoitoa. Yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa fysioterapeutti pyrkii potilaan kokonaisvaltaiseen eheytymiseen. Traumapotilaiden kohdalla fysioterapeuttinen lähestymistapa on psykofyysinen fysioterapia. Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Siinä keskeinen ajatus on, että mieli ja keho muodostavat kokonaisuuden ja ovat koko ajan vuorovaikutuksessa keskenään: tunteet kehossa vaikuttavat mieleen, tunteet ja ajatukset taas heijastuvat oman kehon käsitykseen ja liikkumiseen. Psykofyysinen fysioterapia antaa potilaalle ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja arkielämään ja mahdollistaa oman kehollisuuden tunnistamisen, kokemisen ja hyväksymisen. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2013; Talvitie 2006.)

6.1 ”Huonosti kehossaan”

Usein hyväksikäyttötaustaiset potilaat tulevat fysioterapiaan lääkärin läheteellä jonkin somaattisen oireen vuoksi. Koska traumatietämys on kuitenkin sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden keskuudessa lisääntynyt, voi lähete fysioterapiaan tulla myös suoraan psykologilta. Haastatteluissa esiin tulleet syyt fysioterapiaan

hakeutumiselle ovat jännittyneisyydet (esim. jännitysniiska), mitkä saattavat myös ilmetä yleisenä vaikeutena rentoutua. Lisäksi erilaiset kiputilat kehossa, kuten alaselkäkipu sekä univaikeudet ovat yleisimpiä syitä fysioterapiaan. Vuonna 2011 Saariaho ym. tutkivat kroonisen kivun yhteyttä lapsuudessa tapahtuneeseen kaltoinkohteluun. Tutkimus osoitti, että kroonisesta kivusta kärsineet, ovat usein kokeneet lapsuudessaan huonoa kohtelua. Randolph & Reddy (2011) taas osoittivat tutkimuksessaan, että krooninen lantion kipu voi liittyä aiemmin tapahtuneeseen seksuaalisen hyväksikäyttöön. Myös Lampen ym. (2003) tutkimus antaa viitteitä siitä, että lapsuudessa tapahtunut kaltoinkohtelu, stressi ja depressio voivat liittyä krooniseen kipuun. Lisää tutkimuksia tarvitaan kroonisen kivun ja seksuaalisen hyväksikäytön yhteyden tukemiseksi. Arvion yksilöfysioterapian tarpeesta voi tehdä myös esimerkiksi ryhmää ohjaava fysioterapeutti. Terapeutti voi havaita ryhmäläisten kehotietoisuuden puutteista, että yksilöterapia voisi olla tarpeen.

”... otin sieltä yksilökonsultaatioon ihan vaan sen mukaan että miten mä näin että ovat huonosti kehossaan... Ja mun järkytys oli aika iso että näillä kaikilla ketkä mä olin sieltä poiminu, niillä oli tällästä taustaa, et mä en tienny siinä vaiheessa ollenkaan vaan mä vaan sanoin et sää ja sää jos haluutte niin voitte tulla yksilökäynteihin”

”...havainnoinnin perusteella, että huonosti olivat kehossaan ja harjoitukset ei mennyt hyvin. ”

Fysioterapeutti voi tunnistaa trauman. Ei voida yleistää, millä tavalla ja kuinka usein hyväksikäyttökokemukset tulevat esille fysioterapiassa. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten muun muassa kuinka kauan traumasta on, onko trauma akuutti vai onko se tapahtunut lapsuudessa monia vuosia sitten. Useimmiten hyväksikäyttö kuitenkin tulee esille, mutta ei välttämättä potilaan itsensä

kertomana. Fysioterapeutti voi havainnoidessaan potilasta tunnistaa tai aistia jotakin erityistä tapahtuneen, joka ei tule ilmi puheessa tai alkuhaastattelussa. Se voi näkyä esimerkiksi voimakkaana jännittyneisyytenä potilaan asennossa tai palpoitaessa lihasjänteveyttä (ks. Bunkan 2003). Myös kosketuksesta kavahtaminen tai sen seurauksena jännityksen lisääntyminen voi kertoa näistä traumaattisista kokemuksista.

”se on siinä ikään kuin aistittavissa että jotakin on tapahtunut”

” monihan sitten myöskin pystyy itse sanomaan ettei oikein siedä kosketusta... jos mä katon että se tilanne on semmonen, että mää voin lähteä kyselemään tarkemmin, sitten joku sanoo että on kokenu seksuaalista väkivaltaa jossain vaiheessa elämässä... siitä päästään sitten yleensä jollakin tavalla liikkeelle. ”

Oireet, joiden vuoksi potilas tulee fysioterapiaan, voivat yllä mainittujen asioiden lisäksi antaa vihjeitä mahdollisesta koetusta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Haastateltavat mainitsivat kyseisillä potilailla olevan usein erilaisia ja epämääräisiä kipuja ympäri kehoa, kuten selkäkipuja sekä niska- ja hartiaseudun kipuja. Lisäksi potilailla on esiintynyt jännittyneisyyttä, keskittymättömyyttä, aggression kontrollin vaikeuksia, rentoutumisvaikeuksia, unettomuutta sekä tunnottomuuden tiloja eri kehonosissa. Myös syömishäiriöt, posttraumaattiseen stressioireyhtymään liittyvät oireet, kuten paniikkioireet ja pelkotilat olivat yleisiä. Monella seksuaalisesti hyväksikäytetyllä potilaalla voi ilmetä masennusta, itsetuhoisuutta sekä dissosiaatioita.

” ..aika monella mitä mää muistelen, on sanotaanko vähän epämääräisiä kipuja monelle, eli semmosia kipua jotka vaihtaa paikkaa..”

” ...sitten voi olla semmosia tunnottomuus tiloja että ei tunne ajoittain kehonosia, tämmöstä epätodellisuuden tunnetta ”

”Jännitysoireita saattaa olla niska-hartiaseudulla mut sit myös lantion alueen ja tommosia niinku alaraajojenkin rentoutumisvaikeuksia...”

” ... ne voi olla ihan selkeitä traumaattisen stressin oireita eli että voi olla paniikkioireisiinkin liittyviä oireita, vaikeuksia toimia, lähtee ihmisten ilmoille koska siellä saattaa ne ihan normaalit reaktiot voimistua...”

Jos potilaalla on jokin tai useampi näistä oireista, ei voida tietenkään yleistää ja automaattisesti sanoa, että häntä on seksuaalisesti hyväksikäytetty. Mutta tiedostamalla nämä oireet, voidaan terapeutteina tai muuna hoitohenkilökuntana olla hienovaraisia ja olla niin sanotusti ”tuntosarvet pystyssä”.

Luottamuksen synnyttyä terapeutin ja potilaan välille, on mahdollista, että traumaattiset kokemukset tulevat esille potilaan itsensä kertomana. Myös ryhmäterapiatilanteessa voi toisen kertoma hyväksikäytön kokemus rohkaista muitakin osallistujia kertomaan traumaattisesta kokemuksestaan. Jos kokemukset nousevat terapiassa esille, lähdetään niistä keskustelemaan potilaan kanssa. Fysioterapeutin rooli tällaisessa tilanteessa on kuitenkin pitää huoli siitä, ettei asiasta keskusteleminen aktivoi traumaa uudelleen. Potilaan kertoessa tapahtuneesta fysioterapeutin tulee kuunnella, ymmärtää ja hyväksyä potilaan kokemukset. Fysioterapiassa, oli se sitten yksilö- tai ryhmäterapiaa, voi potilas ensimmäistä kertaa saada käsitystä siitä mitä hänelle on tapahtunut.

”... kyllä nää kertoo aika usein, itse on ottanut asian esille.”

”Mulla on ollut monta semmosta, varsinkin nuorisoikästä jotka on ollut osastolla tai poliklinisessä hoidossa, jotka on niinkun fysioterapian kontekstissa ensimmäisen kerran saaneet käsitystä omasta seksuaalisen riiston kokemuksesta”

Fysioterapeuteista osa kysyy potilaalta hyväksikäyttötaustasta, jos hän ei sitä itse terapiassa tuo esille. Terapeutilla tulee olla ns. tuntosarvet pystyssä sen suhteen, keneltä asiaa voi kysyä ja miten kysyä. Haastateltavat kertovat, että on ollut tilanteita, jolloin potilas on reagoinut johonkin harjoitukseen voimakkaasti ja alkanut esimerkiksi itkemään. Tällöin voi varovasti edeten kysyä potilaalta tunnetilan syytä ja taustaksi on paljastunut seksuaalinen hyväksikäyttö.

*"Voidaan kysyä että "onko tapahtunu jotain sellasta, jolla olisi tän hetkisel
lolle merkitystä?"*

*"...mä oon kuunnellut ja vastannut jos ovat halunneet kertoa. Et aikalailla sillain
passiivinen ottamaan kantaa tai tuomitsemaan tai näin..."*

*"Se että jos asiakas haluaa puhua asiasta, mun tehtävä on huolehtia siitä että se
ei aktivoi sitä traumaa liikaa...pitää se huomio kehossa miten asiakas alkaa
reagoimaan kun se kertoo asiasta joka on traumatisoiva... Se on fysioterapeutin
tehtävä että asiakas ei ylitä niitä omia rajojaan."*

6.2 "Tuntosarvet koholla"

Terapeutin tulee vuorovaikutustilanteessa olla erittäin sensitiivinen ja ns. tuntosarvet koholla. Terapeutin tulisi lähteä potilastilanteeseen kunnioittavalla ja kuuntelevalla asenteella ja olla ennen kaikkea tukevan empaattinen.

*"Vuorovaikutus on ensimmäinen huomioon otettava kun fysioterapiaan tulee, et
se luottamuksen rakentaminen lähtee ihan siitä ensimmäisestä kättelystä..."*

”On kuuleva, kuunteleva ja semmonen tukevan empaattinen. Empatia on ehkä se kaikista isoin asia.”

”...edetään aina kuntoutujan mukaan ja vuorovaikutus on tietenkin läsnäoloo että, noitten traumaattisiin tapahtumiin liittyvät asiat niin nitten asioiden toistaminen ei edistä niinkään vaan annetaan niitä keinoja säädellä omia tunteita mitä nousee kehosta että pystytään sen kehon kautta työskentelemään...”

”...jos on kyse lapsista ja nuorista, niin tietysti se kehitysaste on ihan olennainen... millä tasolla hän on pystynyt kasvamaan, kehittymään.. siinähan on valtavasti tämmösiä defensejä, tälläisiä puolustusmekanismeja ja niitähän ei saa ylittää mitenkään tökeröllä tavalla vaan se on hidas prosessi...”

”...täytyy tietää paljon siitä traumaterapiasta et millä lailla traumaterapeuttisesti täytyy huomioida kehollisia reaktioita.”

Sanaton viestintä on suuri osa vuorovaikutusta fysioterapiassa. Terapeutin on tärkeää kiinnittää huomioita oman sanattoman viestintänsä lisäksi myös potilaan sanattomaan viestintään. Usein hyväksikäyttöä ei sanallisesti tuoda terapiassa esille, mutta **trauma voi näkyä** potilaan asennosta, ilmeistä, eleistä, koko olemuksesta. Trauma vaikuttaa ratkaisevasti ihmisen minäkuvaan aiheuttaen mm. itseinhoa, itsetunnon laskua ja negatiivista käsitystä koko elämästä ja ihmiskunnasta. Vaikka asiaa ei siis verbaalisesti tuotaisi esille, voi taitava terapeutti aistia jotain potilaan olemuksesta ja kehollisuudesta.

"...on niitä tilanteita että se ei tuu esiin. mutta kyllä se välittyy siinä, että monesti itelleen jää semmonen olo että joku ei tullu esille."

"... esim. heittää kaikki vaatteensa heti pois kun astuu huoneesta sisälle, tai puhuu vaikka rajattomasti, ylitsevuotavan ronskisti tai seksuaalisesti...Tai täysin päinvastaisesti, sulkeutuneena, kipsissä mistään ei voi oikeen puhua."

"...se näkyy niinkun näiden kehon rajojen tiedostamattomuutena enemmän tai vähemmän, et voi olla, et niitä rajoja ei tunnista ja se aiheuttaa sitä ahdistusta ja pelkoa koko ajan... tietysti semmonen staattinen jännittyneisyys ja kyky säädellä omia liikkeitä ja hengitystä ja olemista on vaikeampaa monesti..."

"... niistä 20 ihmisestä mä kolme poimin, ni niillä kaikilla on tällästä taustaa... Et jotakin siinä on sit siinä kehollisuudessa joka sit ammattilaisen silmiin ottaa ..."

Fysioterapiatilanteen tulisi olla miellyttävä, jotta asiakas tulisi fysioterapiaan uudelleen. Oli kyse mistä terapiamuodosta tahansa, ei terapiatilaan tulisi nähdä, kulkea lävitse tai muutoin häiritä tilannetta. Etenkin hyväksikäytön uhreilla nämä asiat ovat erittäin sensitiivisiä ja niihin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Jo tuolin asettelu terapiatilassa tai äänenvoimakkuus jolla puhutaan, ovat ratkaisevia tekijöitä terapiatilanteen miellyttävyyden kannalta. Itse terapiatilan lisäksi miellyttävyyttä luo **luottamus**, joka syntyy terapeutin ja potilaan välille. Luottamuksellista suhdetta edesauttaa terapeutin kuunteleva asenne terapiassa. Luottamuksen myötä potilaalle syntyvä turvallisuuden tunne on myös äärimmäisen tärkeää terapian kannalta.

"Heti alussa selväks se, että täällä ei tehdä mitään mitä et halua ja toivon että sanot jos on joku mitä et halua tehdä."

"Oma huone, rauhallinen, lämmin, ei kukaan vaan tuu kesken kaiken..."

"Pieniä asioita, miten asiakas istuu suhteessa oveen, minkälaiset valaistukset, miten kaukana terapeutti on. Kuinka paljon kysellään asioita, ollaan tunkeilevia."

"...siinä terapeutin tehtävä kannatella on ihan keskeinen, et olla luottamuksen arvoinen ja luottamusta herättävä."

Traumapotilaan kanssa työskentely sekä **itse vuorovaikutus ovat äärimmäisen haastavia** ja vaativat fysioterapeutilta rautaista ammattitaitoa. Kuten jo aiemmin mainittu, on sanattomaan viestintään kiinnitettävä erityistä huomiota sekä omalta että potilaan puolelta. Haastavuutta terapiaan luo myös terapeutissa itsessään syntyvät voimakkaat tunteet ja mahdollinen sijaistraumatisoituminen ja myötätuntouupuminen. Myötätuntouupuminen on jokaisen ammattiauttajan riski, sillä emotionaaliset kuormitustekijät ovat osa auttamisen vuorovaikutusta. Riski ei johdu missään tapauksessa epäammattimaisuudesta vaan työhön sisältyvistä rankoista aiheista. (Holmberg ym. 2008,334.) Vuorovaikutuksessa haastavaa on myös se, ettei terapeutti voi tietää mitä potilaan mielessä liikkuu. Terapeutti voi yrittää lukea potilaan kehonkieltä, olemusta ja reaktioita, kuitenkin tietämättä varmaksi mitä potilas ajattelee. Tämän vuoksi potilaan taito ja uskallus sanottaa tuntemuksiaan helpottaisi vuorovaikutusta.

"Haastavaa saada terapian kokemukset arkeen, että uskoo siihen ja näin."

”Heidän kohdalla pitää miettiä vielä hieman enemmän mitä me tehdään...”

”No jos kiintymyssuhde on hyvin disorganisoitunut sillä potilaalla et on todella semmonen pirkkoutunut minuus niin kyllä se on erittäin, erittäin haastavaa...Lapsilla se saattaa ilmetä todella niin kun hankalilla käyttäytymistavoilla, eikä lapsilla oo vielä niin kun ymmärrystä siitä, että miksi käyttäytyy niin kun käyttäytyy.”

”...mä en voi tietää mitä siellä päässä liikkuu... mä näen ehkä et joku reagoi vähän jännittyneesti tai jotenkin mut ei se välttämättä sanota siinä sitä... se että ihminen oppis sanottamaan sitä koska sanotus auttaa häntä itteensäkin sitten..”

Kuten muillakin aloilla, tulee fysioterapeutin työssä **kouluttaa itseään koko ajan lisää**. Vaikeiden ja kipeiden asioiden kanssa työskenteleminen on terapeutillekin rankkaa, joten hyvä työnohjaus on äärimmäisen tärkeää. Myös erilaiset traumakoulutukset ovat traumapotilaiden kanssa työskenteleville erittäin hyödyllisiä. Suomessa traumakoulutuksia järjestää mm. psykofyysisen fysioterapian yhdistys sekä traumaterapiakeskus. Koulutusten lisäksi oma tiedonhankinta ja mielenkiinto työssä kehittymistä kohtaan lisäävät ja pitävät yllä terapeutin osaamista. Paras opettaja on aina kuitenkin potilas, sillä jokaisen potilaan tilanne on aina erilainen opettaen ja kasvattaen terapeuttia ammatissaan ja ihmisenä.

Kyseisten potilaiden kanssa työskentely vaatii fysioterapeutilta myös hyvää oman kehontuntemusta. Kun fysioterapeutti tulee tietoiseksi omasta kehostaan, voi hän paremmin ymmärtää, kuinka paljon ihmisessä on salaisuutta ja ihmettä sisällä. Oman itsen ja kehon kanssa työskentely on siis osa fysioterapeutin ammattitaidon kehittämistä.

”Tietoisuus-asioita opiskella lisää, kognitiivista terapiakoulutusta, traumaterapia kirjat ynnä muut... kirjallisuus!”

”... kyllä ne asiakkaat ihan oikeesti on mun parhaita opettajia ja sitten se että uskaltaa vaan rohkeesti kokeilla... kaiken näköstä voi opiskella kirjoista, mutta ne on parhaat ne elävät esimerkit ja niistä saadut, tästä työstä kokemukset.”

”...ettei pelkällä fysioterapeutin koulutuksella tuu toimeen ollenkaan, että täytyy tietää traumaterapiasta, varhasesta vuorovaikutuksesta hyvin paljon ja biologian teiden kautta tutkia ja opiskella sitä asiaa, että mitä kaikkea tapahtuu aivoissa aivomuutoksia tällaisissa riistotilanteissa, pelkotilanteissa, että ihan hirveesti on uutta tutkimustietoa että siinä pitää pysyä ajan tasalla ja aika laajalla skaalalla.”

6.3 ”Yhteistyössä kuunnellen”

Fysioterapia aloitetaan yleisesti alkuhaastattelulla ja perustutkimisella. Potilaalle voidaan antaa myös esimerkiksi kyselylomake täytettäväksi, jossa kartoitetaan potilaan käsitystä kehostaan. Vastauksia voi hyvin hyödyntää keskustelun aloittamiseksi, josta voidaan päästä hyvin liikkeelle. Kyselylomakkeina voidaan käyttää esimerkiksi BAS – lomaketta tai kipupiiirrosta (Ks. Roxendal & Nordwall 1997; Heinonen 2007). Fysioterapiaa **suunnitellaan** aina asiakkaan kanssa yhdessä ja tavoitteiden tulisi nousta ensisijaisesti potilaan tarpeista. Potilaan asettamien tavoitteiden ollessa epärealistiset, fysioterapeutti pyrkii realisoimaan hänelle tilannetta siitä keskustelemalla. Jotta potilas saisi kaiken mahdollisen hyödyn fysioterapiasta, tulee fysioterapeutin heti alusta lähtien myös käyttää aikaa tutustumiseen ja turvallisen vuorovaikutuksen luomiseen.

"Se tapahtuu yhteistyössä ja kuunnellen siinä että mihin saattais olla valmis eli mun täytyy terapeuttina tietää niinkun hirveen paljon asioita siitä ympäriltä, sen ihmisen taustoista..."

"... jonkun verran potilaille myös ehotan: "miltäs tämmönen kuulostaa, tehtäis tämmösiä harjoituksia?"... totta kai senkin mukaan mitä potilas ite odottaa tai ajattelee, mitä siltä fysioterapeutilta odottaa ... ja sen mukaan lähen suunnittelemaan mikä on se realistinen tavoite."

Usein asiakas päätyy fysioterapeutin vastaanotolle jonkin somaattisen oireen vuoksi, jonka takia terapiaa voidaan lähteä suunnittelemaan fyysisten oireiden pohjalta. Myös fyysisiä oireita hoidettaessa terapiassa käytetään psykofyysistä työtettä. Vaikka suunnittelu perustuisikin asiakkaan fyysisiin oireisiin, asetetaan tavoitteet aina asiakkaan kanssa yhdessä.

"se tulee sen niinkun sekundärioireen kautta. Että lähetään sitten hoitamaan sitä oiretta tai jotain tuntemusta mikä vaatii niinkun jonkun näköstä fyysistä otetta."

"jos heillä on joku kiputila niin pyrin hoitamaan kipua... käytän akupainantaa, kosketusrentoutusta... sanottaisko näin että en varsinaista hierontaa... manuaalista käsittelyä kuitenkin."

Fysioterapiamenetelmät valitaan aina tapaamiskerran tarpeeseen vastaaviksi. Terapiassa on tärkeää, ettei ajatella menetelmäkeskeisesti, sillä vaarana on, että unohdetaan asian ydin eli potilas. Terapiamenetelminä voidaan käyttää mm. tietoisuusharjoituksia, kuten Mindfulnessia, jossa pyritään pysymään tässä hetkessä. Koska on hyvin mahdollista, että potilas saa takaumia traumatisoivasta tapahtumasta, ovat tietoisuusharjoitukset hyviä. Niissä tavoitteena on pysyä tässä hetkessä keskittymällä hengityksen ääniin tai harjoitustilassa näkyviin asioihin. Tällaisilla harjoituksilla on myös hyvä aloittaa, jos potilaalta ei vielä saa lupaa kosketukseen tai fysioterapeutti on siitä epävarma. Kun kosketukseen

saadaan lupa, voidaan käyttää erilaisia kosketusrentoutuksia, manuaalista käsittelyä, liikeharjoituksia ja tietenkin hoitaa kipu, jos sitä on. (mm. Svennevig 2005.)

"... sit siinä vaiheessa kun hän antaa luvan, että häntä saa koskea niin käytän ihan kosketusrentoutusta ja tämmösiä ... esim. jotain pientä keholiikettä tehään..."

"... jotain liiketerapeuttista ... yleisesti aika toiminnallisia harjoituksia kuitenkin. Jos on ollu esimerkiks akuutti raiskausyritys, voidaan tehdä ihmistä vakauttavia harjoituksia, mikä tarkoittaa sitä, että sille tulee semmonen tunne omasta kehosta, että sillä on joku vaikuttamisen mahdollisuus siihen omaan kehoon ... Ne voi olla olla tukeutumisharjoituksia, voiman käytön aistimista, esimerkiks pariharjoitusta, fysioterapeutin kanssa tukeutumista, nojaamista ... jos sietää sitä läheisyyttä tai sitten sitä voidaan tehdä seinää vasten, lattiaa vasten ... että oman kehonsa tuntee, että siellä on jotain mihin pystyy vaikuttamaan, miten sitä pystyy käyttämään."

"...että hengitysharjoituksia ja ihan liikettä, aktiivista liikettä, toiminnallisia harjoituksia monenlaisia.. et se on oikeestaan semmonen niinkun aika yksilöllinen lähestymistapa millä lailla voidaan eri menetelmiä soveltaa... et pitää koko aika seurata potilaan reaktioita."

Tärkeää on **kuunnella** potilasta. Potilaalle on olennaista tehdä selväksi, ettei fysioterapiassa tehdä mitään, mikä tuntuisi hänestä ahdistavalta tai pahalta tai mitä hän ei halua tehdä. Potilaan riisuttamisessa ja koskettamisessa tulee olla erittäin sensitiivinen. Kosketukseen tulee aina kysyä lupaa potilaalta. Jos potilas kokee kosketuksen epämukavaksi, tulee tätä kunnioittaa ja perustaa tutkiminen

pelkkään havainnointiin. On tärkeää ymmärtää asiakasta ja tämän rajoitteita ja edetä niiden mukaan. Fysioterapian tutkimistilanteessa riisuttamiseen on myös aina kysyttävä lupa ja toimittava tilanteessa hienovaraisesti. Potilaalle tulee aina selventää, minkä vuoksi vaatteiden riisuminen on tarpeen ja puettava päälle heti kun se ei ole enää tarpeen.

”... kysyn että tuntuuks susta siltä, että voisit ottaa paidan pois... sen voi tehdä myös hienovaraisemmin ettei tuijota...”

”...täytyy olla ite koko ajan tarkkana kun koskettaa potilasta... varma, jämäkkä kosketus, ei mitään semmosta hivelöinti sivelöintiä, siinä täytyy olla ite sillain läsnä siinä tilanteessa myöskin, että jos menee miettimään jotain muita juttuja niin se välittyy hyvin sille potilaalle.”

”Niissähän täytyy kaikissa olla erittäin sensitiivinen ja ihan se vaatii niinkun sanottamista, että terapeutina pystyy kertomaan että nyt mä teen tätä ja tätä ja onko sulle sopivaa kokeilla tällstä ja tällstä...”

Fysioterapian **tavoitteiden asettelu** lähtee aina asiakkaasta ja niitä suunnitellaan yhdessä terapeutin kanssa. Kukkohovi (2004, 30) mainitsee tutkimuksessaan, kuinka potilaan tarpeiden ja toiveiden kuuntelemisella ja huomioimisella luodaan perusta potilaan sitoutumiselle ja motivaatiolle fysioterapiaan. Terapeutin rooli tavoitteen asettelussa on pitää tavoitteet realistisina ja joskus auttaa asettamaan tavoitteita joita asiakas ei itse osaisi asettaa. Myös somaattisten oireiden hoito, kuten kivun lievitys, on yksi tavoitteista, josta olikin jo puhetta fysioterapian suunnittelu kappaleessa.

”Mitä asiakas itse tuottaa ja toivoo olossa tapahtuvan. Mää pidän sitä todella tärkeänä, että asiakas ymmärtää, että jos on tapahtunu traumatisoivia asioita niin se täytyy avata miten keho reagoi traumatilanteessa”

”...siis tietenkin jos on kipu oireena niin kivun lievittyminen.”

Tavoitteenasettelu on siis yksilöllistä ja joka terapiakerralla voi olla oma tavoitteensa. Kuitenkin kokonaistavoite on olemassa terapian taustalla.

”Tavoitteet on joka kerralle tietenkin omansa ja ne tehdään oikeastaan kun asiakas tulee niin käydään vähän läpi, että minkälainen on ollut viikko ja minkälainen on tilanne tällä hetkellä, onko jotain erityistä ja sitten mietitään mitä sillä kerralla, mihin voitais yrittää vaikuttaa ja mikä olisi se sen kerran tavoite.”

Haastateltavat nostavat esille fysioterapian tavoitteissa turvallisuuden tuntemisen ja viihtymisen omassa kehossa, itsensä hyväksymisen sekä yleisesti hyvinvoinnin ja terveydentilan kohenemisen esimerkiksi kivun lievittymisellä.

”Vois aattella että yks semmonen tärkeä tavote vois olla se että se potilas vois ehkä kokea olevansa niinku turvassa omassa kehossa...”

”Yksilön hyvinvointi ja terveydentilan koheneminen ja itsensä hyväksymisen lisääntyminen ja elämässä pärjäämisen...”

”...yks tavote on ilman muuta tällanen eheytyminen ja oman kehon haltuunotto, että olis sellanen omassa kehossaan viihtyminen ja kuitenkin sen oman kehon omaksi kokeminen ja jotenkin näitten rajojen ja tällasten keskilinjojen löytäminen...”

Fysioterapiasuhteen **kesto** vaihtelee hyvin paljon, 15 kerrasta yhdeksään vuoteen. Hoidon tulisi kuitenkin olla pitkäkestoista hyvien hoitotuloksien saavuttamiseksi. Tässäkin asiassa asiakkaat ovat yksilöllisiä, joten eroja terapiasuhteen kestolle löytyy, riippuen siitä millaisia tavoitteita halutaan saavuttaa.

”Mulla on ollut terapiassa jopa viis vuotta ja polikliinisesti hoidettuna yhdeksän...”

”riippuu millaisia tavoitteita ja mitä tahdotaan tehdä... ihmisen oma eheytyminen taikka tämmösestä oman kehon hyväksymisestä ja oireiden vähentymisestä...”

”... mut totuushan on se että aika pitkäkestosiahan terapioida oikeesti pitäis olla, eli ei mitään kuntoneuvolan tyyppistä.”

Moniammatillisuus on äärimmäisen tärkeää potilaan kokonaiskuntoutusta ajatellen, on potilas lapsi tai aikuinen. Yhteistyötä lääkärin, hoitohenkilökunnan, psykologin sekä muiden terapeuttien kanssa tulisi aina hyödyntää, kun se on mahdollista, jotta tiimillä on sama suunta ja ymmärrys potilaan kuntoutuksesta. Näin taataan potilaan paras mahdollinen kuntoutuminen. Fysioterapeuttien haastatteluista ilmeni, että moniammatillinen yhteistyö on hankalampaa toteuttaa yksityisellä sektorilla. Työ voi käydä terapeutille kuormittavaksi ja raskaaksi ilman ympärillä olevaa tiimiä, joka tukisi ja jakaisi vastuun. Tiimi tukee fysioterapeuttia myös antamalla vertaistukea, sillä työ on psyykkisesti hyvin kuormittavaa.

” kyllä mää sen koen senkin takia hirmu hyödylliseksi, että tämmösten potilaitten kanssa työskentely on hirmusen raskaskasta... siis en

tarkota fyysisesti raskasta vaan psyykkisesti raskasta, se on tärkeää se jakaminen että saa sitten työryhmän kanssa puhua mitä siinä tapahtuu ja jakaa niitä kokemuksia.. ettei käy niin, että itse siinä sijaistraumatisoidu..”

Näitä yhteistyöverkostoja olisi hyvä rakentaa etenkin yksityiselle puolelle lisää. Sairaalassa yhteistyö on helpompi toteuttaa. Usein osastoilla järjestetään potilaspalavereja, jonne myös fysioterapeutti kutsutaan. Potilaspalaverit ovat erittäin tärkeitä, sillä niissä eri ammattiryhmät pääsevät kertomaan potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä oleellisia asioita ja keskustelemaan moniammatillisesti kyseisistä asioista. Tämä yhteistyö vaatii fysioterapeutilta omaa aktiivisuutta ja aikaa, mitä ei valitettavasti aina ole tarpeeksi.

” Mun mielestä siis moniammatillisuus olis tosi tärkeä asia ja niitä verkostoja tänne yksityispuolelle pitäis vielä enemmän rakentaa.”

” ...mutta se vaatis sitä että olis aikaa, että työryhmällä olis aikaa niinku yhdessä mieltiä sen potilaan hoitoa ja että kaikki tietäs mitä kukin tekee siinä sen potilaan hoidossa ettei siellä tehä päällekkäisiä asioita tai että vietäis ihan eri suuntiin...”

Fysioterapian **vaikuttavuus** seksuaalisesti hyväksikäytetyn kohdalla on alue, jota on vielä vähän tutkittu (esim. Mattson 1998). Myös käytännön kokemus on osoittanut, kuinka suuri hyöty fysioterapialla on osana tätä kuntoutusta. Fysioterapia keskittyy potilaan kehon toimintoihin sekä kehollisuuteen, mikä hyväksikäytön uhreilla on usein rikkoutunut. Hieman pidemmät hoitosuhteet lisäävät fysioterapian vaikuttavuutta, mutta myös yksittäisistä konsultaatiokäynneistä on ollut hyötyä. Fysioterapia on siis tärkeä osa asiakkaan kokonaisvaltaista moniammatillista kuntoutusta. Sitä tulisi hyödyntää yhä enemmän.

”...kokemus on että kyllä ne aika monet potilaat siitä sillä tavalla hyötyy... se on aina se kokonaisuhoito... jos joku ihminen kuntoutuu onhan se koko hoidon ansiota ja sen ihmisen ittensä ansiota.”

”...ei ollut ihan turhia nää jotka oli tällisiä lyhyitä konsultatiivisia, et siinä kuitenkin näky se oivallus siitä oikeutuksesta omaan kehoon...”

6.4 ”Raskasta ja haastavaa”

Seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan fysioterapia on aina raskasta ja haastavaa. Aiheet ovat vakavia ja järkyttäviäkin, sekä käsiteltävät tunteet hyvin vaikeita. Tämä vaatii fysioterapeutilta herkkyyttä, kuuntelemisen taitoa ja läsnäoloa terapiassa. **Luottamuksellinen vuorovaikutus** potilaan kanssa on edellytys kuntoutumiseen ja terapiaan sitoutumiseen. Tämän haastateltavat kokevat myös suureksi haasteeksi käytännötyössään.

”...luottamuksellisen vuorovaikutuksen luominen, se on haastava asia...”

”erittäin haastavaa on ylipäätään työskennellä traumojen kanssa koska on niin paljon erittäin vaikeita tunteita... saattaa olla haastavaa rajata se että kuinka paljon asioista puhutaan. Ne pitää pystyä rajaamaan hyvin pieniksi paloiksi ne vakavat kokemukset että ei kaikkea kerralla vaan pieniä paloja kerrallaan.”

Potilaan **sitoutuminen** on edellytys kuntoutumiseen ja samalla myös suuri haaste. Etenkin jos kyseessä on akuutti tilanne, jolloin seksuaalinen hyväksikäyttö on tapahtunut lähiaikoina, on potilaan hyvin vaikea sitoutua terapiaan. Juurikin akuutissa vaiheessa olisi potilaan tärkeä saada kehollista tukea esim. kehotietoisuusharjoituksia.

”... Siinä on niin paljon semmosta kaoottista, että se on haastava asia, että millä sen ihmisen saa sitoutettua, akuuttissa tilanteessa olevan ihmisen, koska se olis erittäin tarpeellista että sais tömmöstä kehollista tukea.”

*”...haastavaa on se etenkin et missä on **rytmi**, et kuinka nopeesti johonkin. Esim. yhden asiakkaan kanssa pitää paljon hellävarasemmin mennä kuin jonkun muun kanssa. Ja sit kuinka lähelle voi ihmistä mennä... kuinka nopeesti edetään ja kuin paljon harjoituksia... tämmönen herkkyys ja läsnäolo, kuunteleminen on ne suurimmat haasteet.”*

Haastatteluista nousi esille, kuinka potilaan traumat voivat välittyä myös fysioterapeutin kehoon ja mieleen. Terapeutin voi olla haastavaa **käsitellä** potilaalle tapahtuneita traumaattisia kokemuksia ja **palautua** niistä. Potilaan traumat eivät saisi jäädä terapeutille taakaksi kehoon eivätkä mieleen. Työnohjaus on erittäin tärkeää ja sitä tulisi olla tarjolla fysioterapeuteille. Lisäksi moniammatillinen yhteistyö edistää työssä jaksamista. Asioista puhuminen muiden potilaan kanssa työskentelevien ammattilaisten kanssa antaa terapeutille hyvää vertaistukea.

”...potilaan raskaat kokemukset välittyy ihan väkisin myös siihen omaan kehoon, se on mun mielestä haastavaa miten niistä sitten itse palautuu ja käsittelee jottei ne jää ittelleen taakaks mieleen ja kehoon.”

”Se on erittäin raskasta terapiaa... Täytyy olla aika erinomainen työnohjaus ja ymmärrys tästä koko kontekstista.”

7 POHDINTA

Tämän työn tarkoituksena on saada lisätietoa seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan fysioterapiasta. Tavoitteenamme oli löytää työkaluja fysioterapeuteille, sekä muille terveydenalan ammattilaisille potilaiden terapiaan ja kuntoutukseen.

7.1 Oppimisprosessi

Seksuaalinen hyväksikäyttö koskettaa ihmistä kokonaisvaltaisesti. Ihmisen itsekunnioitus, itsemääräämisoikeus, rajat, usko omaan selviytymiseen ja kehonkuva häiriintyvät. Hyväksikäytön vaikutukset uhriin ovat laajat ja yksilökohtaiset. Tämän vuoksi kenenkään potilaan kuntoutusta ja sen kulkua ei pystytä ennalta suunnittelemaan. Tästä huolimatta pystyimme kuitenkin opinnäytetyöllämme tuottamaan tietoa, joka on hyödyllistä hyväksikäytetyn potilaan kohtaamisessa ja kuntoutuksessa. Haastatteluista saadussa tiedossa on tuttuja keinoja olemassa olevasta kirjallisuudesta esimerkiksi hoitotyön ja psykologian saralta, mutta juuri fysioterapian näkökulmasta osa saadusta tiedosta oli uutta ja ainutlaatuista.

Seksuaalinen hyväksikäyttö aiheena on ollut pitkään hyvin vaiettu ja arka. Kuitenkin jo harjoittelujaksoilla psykiatrian kentällä huomasimme, kuinka se on yleisempää kuin osasi kuvitellaakaan. Opinnäytetyötä tehdessä meille vielä korostui, kuinka yleinen ilmiö onkaan. Hyväksikäyttötapaukset sekä niihin liittyvä lainsäädäntö ovat myös viime aikoina olleet enemmässä määrin keskustelun aiheena valtamediassa. Opinnäytetyömme aihe on puhuttava, ja monella karvat pystyyn nostava. Koemme, että ilmiön yllättävän yleisyyden, sekä sen puhuttavuuden vuoksi opinnäytetyömme jatkokehitysmahdollisuudet ovat laajat. Aiheesta ei ole paljoa tutkimusta taikka tietoa fysioterapian saralta, mikä sekin lisää jatkotutkimustarpeita.

Myös koulutusohjelmamme keskittyy lähinnä fysiikkaan ja liikkeeseen, jolloin muut työssämme oleelliset taidot jäävät toissijaisiksi. Mielestämme jokaisen fysioterapeutin tulisi kuitenkin huomioida psykologian ja vuorovaikutuksen valtava merkitys työssämme, ja pyrkiä kehittämään itseään ammattilaisena myös näillä osa-alueilla. Opinnäytetyömme tavoitteena olikin lisäksi herättää fysioterapeutteja näkemään ammattinsa moniulotteisemmin sekä tuoda konkreettisia työkaluja tähän haastavaan potilasryhmään.

Mielestämme myös viime vuosina paljon esiin nostettu ja painotettu kuntoutuksen lähtökohta, asiakaslähtöisyys, korostuu ennen kaikkea näissä kompleksisissa tapauksissa, jossa emme enää pyrikään yhden nivelen, raajan tai vamman kuntouttamiseen, vaan paljon kokonaisvaltaisempiin tuloksiin.

Asiakaslähtöisyyttä ei mielestämme hyväksikäyttötapauksissa voi liiaksi korostaa tai peräänkuuluttaa. Kuten haastatteluistakin kävi ilmi, voi kuntoutuksesta tulla erittäin haasteellista, jos sitä ei lähdetä rakentamaan voimavaralähtöisesti ja asiakkaan ehdoilla.

Opinnäytetyömme haastavan aiheen vuoksi halusimme kunnolla perehtyä ja syventyä olemassa olevaan tietoon. Tämä muutti suunniteltua aikataulua, miksi opinnäytetyön valmistuminen siirtyikin yhteisymmärryksessä hieman odotettua myöhemmäksi. Lisähaasteita aiheen työstämiseen toivat myös vähäinen tutkimustieto sekä kirjallisuus.

Tiedostimme aihetta työstämään lähtiessämme, että se on arka ja puhuttava. Lähdimme kuitenkin rohkeasti aihetta purkamaan ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen. Työmme aihe on ainoita laatuaan fysioterapian saralta (Ks. Mattson 1998), ja näin ollen ainutlaatuinen. Opinnäytetyön tekeminen oli kasvattava ja opettava kokemus. Aiheen mielenkiintoisuuden vuoksi sen työstäminen oli mielekästä ja antoisaa. Mielestämme aineiston analyysivaihe oli mielenkiintoisin. Fysioterapeutin työnkuva käytännössä kiinnostaa luonnollisesti

meitä opiskelijoita. Fysioterapeuttien haastatteluista saadut konkreettiset tapausesimerkit lisäsivät tietämystämme aiheesta. Aiheen työstäminen kasvatti meitä myös kohti psykofyysistä fysioterapian ajattelua. Tällä alueella varsinkin, on tärkeää että terapeutti ei kohtaa potilasta, vaan ihminen kohtaa ihmisen. Terapeutin tulee kuunnella ja antaa aikaa potilaalle. Ihminen on kokonaisuus, mieli vaikuttaa kehoon ja keho mieleen. Tästä on hyvä jatkaa eteenpäin, ja siirtyä oppilaan roolista ammattilaisen rooliin. Opinnäytetyön työstäminen antoi tälle hyvät lähtökohdat.

Lisää tietoa nimenomaan fysioterapian osalta olisi tärkeää saada tulevaisuudessa. Opinnäytetyössämme keskityimme naisiin, joten olisi hyvä saada näyttöä myös miehiin kohdistuvasta seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja siihen liittyvästä fysioterapiasta. Lisäksi näyttöä psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten/miesten kuntoutuksessa olisi tärkeää saada lisää. Myös vuorovaikutus erilaisten traumatisoituneiden potilaiden kanssa on aihe, joka tarvitsee lisää kuuluvutta ja painotusta fysioterapeutin työssä, jota olisi hyvä lähteä tutkimaan.

7.2 Luotettavuus

Haastattelut suoritettiin noudattaen tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita (JAMK; Hirsjärvi ym. 2007; Tuomi & Sarajärvi 2002). Fysioterapeutit esiintyvät opinnäytetyössä anonyymeina, joten heitä ei voi tunnistaa. Lähetimme haastattelukysymykset fysioterapeuteille etukäteen, jolloin he pystyivät valmistautumaan haastatteluun paremmin ja näin vastaamaan kysymyksiin kattavammin. Vastaukset pohjautuvat haastateltavien omakohtaisiin käytännönkokemuksiin eivätkä kirjasta opiskeltavaan tietoon.

Haastatteluista saatu tieto perustuu seksuaalisesti hyväksikäytettyjen potilaiden kanssa monia vuosia työskennelleiden ammattilaisten käytännönkokemuksiin.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jolloin jokaisen henkilökohtainen kokemus näkyy paremmin vastauksissa. Haastateltavat joutuivat siten kertomaan oman näkemyksensä kysymyksiin, sillä haastattelutilanteessa ei ollut kollektiivista tukea saatavilla. Haastatteluista saatua tietoa tukemaan yhdistimme tekstiin myös näyttöönperustuvaa kirjallisuutta ja tutkimuksia. Lisäksi tulosten yhteydessä käytämme haastateltavien suoria lainauksia havainnollistamaan ja helpottamaan lukijaa. Tämä lisää mielestämme analyysimme läpinäkyvyyttä ja luotettavuutta.

Kaikki fysioterapeuttien haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan haastattelupäivänä, jolloin haastattelu oli vielä tuoreessa muistissa. Kaikki nauhoitettu haastatteluaineisto tuhottiin litteroinnin jälkeen. Välittömästi haastatteluiden jälkeen keskustelimme esiin nousseista aiheista ja fysioterapeuttien vastauksista. Näin varmentui meidän keskinäinen ymmärrys saadusta tiedosta. Luimme useampaan kertaan aineistoa, mikä helpotti aineiston analyysiä ja lisää tulosten luotettavuutta. Aineiston analyysin tuloksena syntyneet teemat muotoutuivat osin uudelleen vrt. haastattelun teemat. Koemme onnistuneemme tuomaan esille myös suoraan aineistosta poimittuja teemoja. Mikä lisää mielestämme analyysin luotettavuutta ja aineistolähtöisyyttä.

Opinnäytetyömme aiheen käsittelyn luotettavuutta lisää omakohtainen kokemuksemme seksuaalisesti hyväksikäytettyjen kuntoutuksesta. Olemme molemmat harjoittelujaksoillamme psykiatrisella puolella työskennelleet kyseisten potilaiden kanssa sekä yksilö- että ryhmäterapiassa. Tämä omakohtainen kokemus seksuaalisesti hyväksikäytettyjen kuntoutuksesta lisää aiheen käsittelyn ymmärrystä ja parantaa opinnäytetyön luotettavuutta.

Koska haastatteluun osallistuneiden määrä on melko pieni (5), ei haastattelusta saatua tietoa voida yleistää. Kuitenkin saatua tietoa voidaan hyödyntää ja

soveltaa käytännönkentällä, jonka vuoksi se on hyvin arvokasta tietoa. Olemme opinnäytetyössämme esittäneet haastatteluista saadun tiedon tueksi myös olemassa olevaa tutkimustietoa ja kirjallisuutta. Kaikille fysioterapeuttien näkemyksille ei kuitenkaan kirjallisuudesta löytynyt vahvistusta, jonka vuoksi lisätutkimuksia aiheesta kaivataan.

LÄHTEET

Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., French, S., Story, M. 2001. Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse & Neglect The International Journal*: 2001; 25: 771-785.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011. Child Sexual Abuse. Viitattu 19.02.2014.

https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Child_Sexual_Abuse_09.aspx.

Arponen, R.2001. Hieronta –kosketukseen perustuva ammattitaito. Hoitava hieronta. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Blomster, S. 2005. Kosketus. Jyväskylä: Gummerruksen kirjapaino Oy.

Bunkan, B.H. 2003. The Comprehensive Body Examination. Doktorgradsavhandling, Medisinsk fakultet: Universitetet i Oslo.

Caldwell, C. 1996. Getting our bodies back. Recovery, Healing, and Transformation through Body-Centered Psychotherapy. Boston: Shambahala.

Heikinheimo, A. & Tasola, S. 2004. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia: tie toipumiseen. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Heinonen, M. 2007. Terveyskirjasto Duodecim: Kipupiiirros. Viitattu 19.02.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=rek00090.

Herrala, H. Kahrola, T & Sandström, M. 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYpro OY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hopwood C.J., Ansell, E.B., Fehon, D.C., Grilo, C.M. 2011. The mediational significance of negative/depressive affect in the relationship of childhood maltreatment and eating disorder features in adolescent psychiatric inpatients. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*: 2011 Mar; 16(1): 9-16.

Huttunen, M. 2011. Terveyskirjasto Duodecim: Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisuus). Viitattu 1.8.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Jaakkola, R. 1999. Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Joiner, T.E. Jr., Sachs-Ericsson, N.J., Wingatem, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., Selby, E.A. 2007. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. Behaviour Research and Therapy: 2007 Mar; 45(3): 539-547.

Jokiniva, M. 2012. Hengähdyshetkiä. Opas stressittömään elämään. Latvia: Jelgava Printing House.

Jewell, D. 2008. Guide to Evidence-Based Physical Therapy Practice. Sudbury, Massachuttets: Jones and Bartlett publishers.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kauppila, R. 2000. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kukkohovi K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus, fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Pro Gradu. Viestintätieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.01.2014.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1

Kaijanen, M. 2013. Olet. Tanssi- ja liiketerapia. Viitattu. 20.02.2014.
<http://www.olet.fi/tanssi--ja-liiketerapia1b>.

Kurvinen, A. & Ylönen, M. 2014. Tanssi- & Psykoterapiaa: Tanssi- ja liiketerpia. Viitattu 20.02.2014.

<http://www.tanssijapsykoterapiaa.fi/index.php?categoryID=4>.

Käypä hoito. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tutkiminen. Viitattu 19.02. 2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi34040#s3>.

Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Sölder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., Schubert, C., Söllner, W. 2003. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. Journal of Psychosomatic Research: 2003 Apr; 54(4): 361-367.

Liukkonen, S. 2004. Särö kaikkein syvimässä. Lapsuudessaan seksuaalisesti hyväksikäytetyn aikuisen auttaminen. Sipoo: Silver Print. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Garcia-Nieto, R., Burke, AK., Mann, JJ., Brent, DA., Oquendo, M.A. 2013. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. World Psychiatry: 2013 Jun; 12(2): 149-154.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 2013. Seksuaalinen hyväksikäyttö. Viitattu 19.02.2014. <http://www.mll.fi/nuortennetti/ihmissuhteet/seksuaalinen-hyvaksikaytto/>.

Martin, G., Bergen, HA., Richardson, AS., Roeger, L., Allison, S. 2004. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect The International Journal*: 2004 May; 28(5): 491-550

Mattson, M. 1998. *Body Awareness Applications in Physiotherapy*. Umeå University Medical Dissertations. Umeå: Solfjädern Offset AB.

Maxwell-Hudson, C. 2000. *Hieronnan käsikirja*. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY.

Mayland, E. 1992. *Rosen- menetelmä – tie eheyteen ja hyvinvointiin*. Hämeenlinna: Esoterica Publishing.

Mäkelä, J. 2005. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen Lääkärilehti*: 1543, 14/2005. Helsinki.

Pajunen, T. 2006. Hyväksikäytetyn lapsen kohtaaminen. Seksualisoitunut käytös ja sen kohtaaminen terapiassa. Teoksessa *Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten hoito*. Toim. Antikainen, J & Taskinen, S. Vaajakoski: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Preti, A., Incani, E., Camboni, M.V., Petretto, D.R., Masala, C. 2006. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*: 2006 Nov-Dec; 47(6): 475-481.

Pöysä, M. 2010. *Yleissivistävä koulutus. Maahanmuuttajien koulutus. Monikulttuurinen koulu. Kulttuurien välinen viestintä. Viestit ja piiloviestit. Viitattu*

9.1.2014. http://www.edu.fi/yleissivistava_koulutus/maahanmuuttajien_koulutus/monikulttuurinen_koulu/kulttuurien_valinen_viestinta/viestit_ja_piiloviestit.

Randolph, M.E. & Reddy, D.M. 2006. Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *Journal of Child Sexual Abuse*: 2006; 15(3): 61-78.

Rayworth, B.B., Wise, L.A, Harlow, B.L. 2004. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*: 2004 May; 15(3): 271-278.

Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. *Viestintätaito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Roxendal, G. & Nordwall, V. 1997. *Tre BAS- skalor*. Sweden: Studentlitteratur, Lund.

Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J.B., Patton, G. 2008. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*: 2008 Mar; 162(3): 261-267.

Saariaho, T.H., Saariaho, A.S., Karila, I.A., Joukamaa, M.I. 2011. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*: 2011 Apr; 52(2): 146-153.

Sanderson, C. 2002. *Seksuaalinen hyväksikäyttö ja sen hoito*. 2.painos. Suom. Tarja Haikara. Kuopio: OY Unipress ab.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. 2002. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Suomen fysioterapeutit. 2014. *Fysioterapia ja fysioterapeutti*. Fysioterapia ammattina. Mitä fysioterapia on? Viitattu 3.2.2014.

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys. 2014. Psykofyysinen Fysioterapia. Viitattu 04.02.2014. <http://www.psyfy.net/>.

Svennevig, H. 2005. Kehon mieli. Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Svennevig, H. 2003. Hyvän olon hoidot. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes Print.

Söderholm, A & Kivitie-Kallio, S. 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. 2. painos. Porvoo 2012: Kustannus Oy Duodecim, Bookwell oy.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uud. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Taskinen, S. 2003. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suosituksen sosiaali- ja teveydenhuollon henkilöstölle. Saarijärvi: Gummerruksen kirjapaino.

Terveyskirjasto Duodecim. 2006. Lasten seksuaalisen hyväksikäytön vaikutuksia lapsen kehitykseen. Viitattu 19.02.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00647.

Thomas, S. 1990. Hyvä olo hieromalla. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy.

Tiitinen, A. 2013. Terveyskirjasto: Seksuaalinen hyväksikäyttö. Viitattu 19.02.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00941.

Tilastokeskus. 2011. Liitetaulukko 1. Eräiden rikostyyppien kehitys tammi - joulukuussa 2006 – 2010. Viitattu 01.08.2013.

http://www.stat.fi/til/polrik/2010/04/polrik_2010_04_2011-01-17_tau_001.fi.html.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tähkävuori, I. 2005. Psykofyysinen fysioterapia – kohti oman kehon kuulemistä, omassa ruumiissa asumista. Toim. Lähteenmäki, M. & Jaakkola, R. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja b. Opinnäytetyöt Nro 2.

Ystgaard, M., Hestetun., I., Loeb, M., Mehlum, L. 2004. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? Child Abuse & Neglect The International Journal: 2004 Aug; 28(8): 863-875.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Jyväskylässä 19.1.2013

Hyvä fysioterapeutti,

olemme kolmannen vuoden fysioterapeuttiopiskelijat Maria Seppälä ja Hanna Linderoos Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Olemme aloittaneet opinnäytetyömme tekemisen, jonka johdosta lähestymme teitä opinnäytetyön ohjaajamme fysioterapian lehtori Merja Kurunsaaren ehdotuksesta. Opinnäytetyömme aiheena on ”Traumapotilaan fysioterapia – taustalla seksuaalinen hyväksikäyttö.” Työmme koostuu kirjallisuuskatsauksesta sekä aiheen parissa työskentelevien kokeneiden fysioterapeuttien haastatteluista. Tavoitteenamme on saada lisää tietoa aiheesta sekä löytää työkaluja fysioterapeuteille sekä muille terveydenalan ammattilaisille potilaiden terapiaan ja kuntoutukseen. Tätä kautta tavoittelemme potilaille laadukkaampia fysioterapian palveluita ja ammattilaisten vuorovaikutustaitojen kehittämistä.

Tutkimuksia ja tietoa aiheesta ainoastaan fysioterapian saralta on vähän ja aihe on melko vaiettu. Vaikka seksuaalinen hyväksikäyttö ilmiönä onkin melko yleinen, ei sitä juurikaan käsitellä koulutusohjelmassamme eikä siihen tarjota riittäviä valmiuksia tällä hetkellä, jonka vuoksi tahdomme nostaa sen esille ja perehtyä aiheeseen tarkemmin myös teidän ammattilaisten kokemuksta ja taitoa hyväksikäyttäen. Toivommekin saavamme itsellemme sekä tuleville opiskelijoille lisää työkaluja, joiden avulla toimia potilaiden kanssa. Opinnäytetyömme tulee siis olemaan pääasiassa kirjallisuuskatsaus, jota tukemaan tulemme käyttämään mielenterveystyön parissa työskentelevien kokeneiden fysioterapeuttien haastatteluja. Haastattelu tapahtuu teemahaastatteluna, jonka voimme toteuttaa joko Jyväskylän ammattikorkeakoululla, työpaikallanne tai nauhoitettuna puhelinkeskusteluna. Haastattelu tulee kestämään noin 30–45 minuuttia. Opinnäytetyössämme tulemme noudattamaan kaikkia Jyväskylän ammattikorkeakoulun sekä Suomen valtion asettamia laillisia ja eettisiä säädöksiä, joten nimenne ei paljastu missään työmme vaiheessa eikä raportissa. Anonymiteettiänne tullaan suojelemaan muutoinkin tarkasti, eikä haastattelunauhoituksia tulla säilyttämään opinnäytetyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyö on yleisesti luettavissa Theseus- tietokannassa. Työstämme opinnäytetyötä intensiivisesti seuraavien kuukausien aikana, joten toivomme saavamme teiltä mahdollisimman pian vastauksen pyyntöömme hyödyntää Teidän ammattitaitoanne tässä työssä.

Ystävällisin terveisin,

Maria Seppälä, fysioterapian opiskelija

f7714@student.jamk.fi

0505726154

Hanna Linderoos, fysioterapian opiskelija

f6141@student.jamk.fi

0405059279

Liite 2. Suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun Jyväskylän ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoiden Hanna Linderoosin ja Maria Seppälän opinnäytetyöhön, jonka aiheena on ”Traumapotilaan fysioterapia – taustalla seksuaalinen hyväksikäyttö.” Annan suostumukseni haastattelun puhelinäänitykseen.

Haastatteluun osallistujan allekirjoitus ja päiväys

Liite 3. Teemahaastattelun runko

HAASTATTELUTEEMAT:

TERAPIA

- Oletko kuntouttanut seksuaalisesti hyväksikäytettyjä naisia?
- o Minkä takia/millä lähetteellä potilaat ovat tulleet fysioterapiaan?
- Miten seksuaalinen hyväksikäyttö tulee esille fysioterapiassa
- Miten aloitat fysioterapian?
- Mitä fysioterapiamenetelmiä käytät?
- Miten lähdet suunnittelemaan terapiaa?
- Mitkä ovat fysioterapian tavoitteet?
- Kuinka kauan terapia kestää keskimäärin?
- Millä tavoin käytät moniammatillista yhteistyötä hyväksi terapiassa?
- Koetko yhteistyön hyödylliseksi?
- Mitä sairauksia/oireita hyväksikäyttötaustaisilla potilailla usein on?
- Minkälaisia kokemuksia sinulla on fysioterapian vaikuttavuudesta hyväksikäyttötaustaisen potilaan kohdalla
- Miten arvioit fysioterapian vaikuttavuutta hyväksikäyttötaustaisen potilaan kohdalla?
- Minkä koet terapiassa haastavaksi?

VUOROVAIKUTUS (onko sinulla vielä seuraaviin kysymyksiin lisättävää?)

- Mitä asioita tulee ottaa huomioon vuorovaikutuksessa?
- Tuodaanko seksuaalinen hyväksikäyttö esille fysioterapian aikana?
- Ilmeneekö potilaasta seksuaalinen hyväksikäyttö? Miten?
- Millä tavoin tehdä terapiatilanne miellyttäväksi potilaalle?
- Minkä koet vuorovaikutuksessa haastavaksi?
- Miten pidät yllä tai hankit osaamista kyseessä olevien potilaiden terapiaan?