

**Sensomotorinen taitoharjoittelu traumapsykoterapiassa,
20 kerran ohjelma**

- **Vakauttaminen ja itsesääätely**

Jussi Pennanen
Oulun yliopisto
Täydentävien opintojen keskus
Traumapsykoterapeuttikoulutus
keho-orientoitunut 2016-2020
Ohjaaja: Jari Vainio
3.5.2020

OULUN YLIOPISTO

Täydentävien opintojen keskus

Traumapsykoterapeuttikoulutus 2016-2020

TIIVISTELMÄ

Jussi Pennanen

Sensomotorinen taitoharjoittelu traumapsykoterapiassa
20 kerran ohjelma
Vakuttaminen ja itsesäätely

Opinnäytetyö

24 sivua

Avainsanat: Sensomotorinen, itsesäätely, polyvagaalinen teoria, psykofyysinen, somatoformiset oireet, trauma, neurologiset häiriöt, toimintajärjestelmä.

Tutkin opinnäytetyössäni sensomotorisen työskentelyn soveltuvuutta yksilöhoitoon. Tähän kehitin 20 kerran keho- ohjelman (Liite 1) ja tutkimuslomakkeen (Liite 2) tulosten analysoimiseksi. Tutkimus perustuu Porgesin (2011) polyvagaaliteorian, jossa sympaattisen hermoston vaste reaktioille näkyy kehossa ja toimintataipumuksissa. Tutkimuskysymyksinä ovat: Voiko kehon kautta tuleva tieto opettaa aivoja havainnoidessa itsessä tapahtuvia muutoksia ja mikä merkitys itsesäätelyllä on arjen hyvinvoinnin lisääntymisessä. Hoidon tavoitteena oli vahvistaa potilaan itsearviointia. Työskentelyä tehtiin kolmen potilaan kanssa, joita kaikkia yhdistivät somatoformiset oireet, jotka eivät olleet kaikki lääketieteellisesti selitettäviä. Potilailla oli psyykkisenä tekijänä jonkinasteinen trauma, joka vaikutti toimintakykyyn tässä päivässä.

Kokonaisuutta tutkimuksessa arvioidaan sekä arviointimenetelmien että keho- ohjelman aikana tulleiden havaintojen kautta. Arviointimenetelminä käytettiin: Kliininen yleistilan arviointi (CORE pitkä), haitalliset lapsuusajan kokemukset (ACE), keho- oireiden kartoitusta (S.D.Q.-20), dissosiaatioarviointia (DES) ja aiempien traumaattisten kokemusten arviointia (TAQ). Keholliset harjoitteet, on tutkimuksessa jaettu neljään eri ryhmään: Vakuttavat harjoitteet, aktivoivat harjoitteet, läsnäoloa vahvistavat harjoitteet ja rajaharjoitteet. Rajaharjoitteisiin liittyy myös aktiivisen puolustusjärjestelmän tutkiminen. Tutkimuksen kysely- ja harjoiteosuus oli koko ajan vapaaehtoista. Itsehavainnointiin ja muutoksen näkyväksi tekemiseen yksilöllä käytettiin muutosarviointilomaketta (ORS). Tuloksissa havainnoidaan, miten tutkimus vastasi tavoitteisiin ja minkälaista positiivista tai negatiivista muutosta potilailla tapahtui keho- ohjelman aikana.

Trauma voi olla yksittäinen tapahtuma tai tapahtumien sarja. Rakenteellista dissosiaatiota todennäköisimmin aiheuttavat traumat tapahtuvat lapsuudessa ja niihin liittyy yleensä toistuvuutta. Yksittäinen traumaattinen tapahtuma saattaa aiheuttaa esimerkiksi traumaperäisen stressireaktion (PTSD). Trauman syntyyn vaikuttavat ulkoiset ja yksilölliset tekijät. Varhaisten traumojen kohdalla resilienssi ei ole yleensä kehittynyt riittävästi ja tarvitsisi kehittyäkseen turvallisen kiintymyssuhteen. Psykoterapiassa voidaan vuorovaikutuksessa hoitaa sekä yksittäisiä traumakokemuksia että varhaisia kiintymyssuhteeseen liittyviä haitallisia kokemuksia. Keho- orientoituneessa traumapsykoterapiassa tämä tarkoittaa koko psykofyysisen kokonaisuuden hoitamista. Hermostollinen vaste traumaan tulee näkyväksi kehon kautta. Triggerinä toimivat muistikuvat tai tämän päivän muistuttajat voivat laukaista oireita, jotka lisäävät psyykkistä pahoinvointia. Sympaattinen hermosto on hätätilassa, jonka takia vagaalinen jarru ei välttämättä toimi optimaalisesti ja käyttäytyminen saattaa olla irrationaalista. Taistele- pakene reaktiot saattavat aktivoitua näennäisen turvallisessa tilanteessa, joka voi näkyä yli- tai aliaktivaationa. Ääripäissä tämän toimintajärjestelmän aktivoituminen saattaa aiheuttaa traumamuiston yhteydessä jähmettymistä tai lamaantumista.

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	1
1. JOHDANTO	2
2. MIELENHÄIRIÖ JA TRAUMA	4
2.1 Neurologiset häiriöt ja sosiaaliset haasteet	4
2.2 Tunteidensäätelyvaikeudet ja somaattinen oireilu	6
2.3 Psykkisen ja fyysisen kaltoinkohtelun vaikutukset toimintajärjestelmiin	7
2.4 Traumasta toipuminen	9
2.4.1 Polyvagaalinen teoria	10
3. SENSOMOTORINEN TAITOHARJOITTELU 20 KERRAN OHJELMA	12
3.1 Arvioinnin toteuttaminen	13
3.1.1 ”Jonnen” arviointi	13
3.1.2 ”Eliaksen” arviointi	15
3.1.3 ”Kallen” arviointi	16
3.2 Kehoharjoitteet ja havainnot	18
3.2.1 ”Jonnen” kehoarjoitusten havainnointi	19
3.2.2 ”Eliaksen” kehoarjoitusten havainnointi	20
3.2.3 ”Kallen” kehoarjoitusten havainnointi	22
3.3 Työskentelyn päättäminen ja jatkosuunnitelma	23
4. TULOSTEN ARVIOINTI	24
5. POHDINTA	28
LÄHDELUETTELO	30
LIITE 1: Sensomotorinen taitoharjoittelu traumapsykoterapiassa, 20 kerran ohjelma	32
LIITE 2: Tutkimuslomake	33

1. JOHDANTO

Psyykkiset häiriöt resonoivat kehossa. Keholliseen kokemukseen ihmisten on kuitenkin välillä vaikeaa pysähtyä, tunnistaa ja hyväksyä sieltä tuleva viesti. Oloa on yleensä tarve lähteä analysoimaan ja järkeistämään, jolloin sen merkitys itse hetkessä muuttuu. Etäännyttäminen ja kauempaa tarkastelu on yleensä toimiva tapa havainnoida asiaa. Jotkut tapahtumat voivat toimia kuitenkin laukaisevina tekijöinä aiemmille muistoille, joihin liittyy samaan aikaan sekä toimiva että toimimaton toimintastrategia. Kognitiivinen reaktio voikin olla toimimaton defenssi nykyiseen tapahtumaan, vaikka onkin aiemmin toiminut suojaavana tekijänä. Trauma on sisäinen ristiriita, joka voi näkyä eri tavalla psyykkisessä ja fyysisessä kokemuksessa.

Kehon viesti voi olla voimakas, mutta sen tulkinta ei aina ole yksiselitteinen. Jokainen ihminen tarvitsee riittävät taidot ymmärtääkseen kehollisia viestejä. Keho viestittää erilaisia tarpeita; kuten nälkä, väsymys, kipu ja seksuaalinen tarve. Keho viestittää myös tunteita rakkaudesta inhoon ja pelosta vihaan. Kehon viestit ovat aina oikeita viestejä, mutta saattavat toimia peilinä aiempiin tapahtumiin. Tällöin kehollinen reaktio saattaakin nousta jostain aiemmasta tapahtumasta. Traumaattiset kokemukset voivat olla tällaisia mielen ja myös kehon sisäisiä loisia, jotka muokkaavat suhdetta ympäristöstä nouseviin ärsykkeisiin.

Opiskeluni traumapsykoterapiassa on herättänyt kiinnostuksen tehdä kvalitatiivista tutkimusta siitä, miten kehon antamia viestejä voidaan tutkia ja huomioida hoidossa. Potilaiden taholta on tullut tarve asioiden parempaan sisäistämiseen, joka vaatii resurssointia. Tämä on ollut syy tutkimuksen suuntaaminen kehollisten resurssien vahvistamiseen. Suurin osa potilaista on tunne- ja sosiaalisten häiriöiden lisäksi tuonut esille keho- oireita, joille ei löydy vain lääketieteellistä selitystä. Tutkimukseni tueksi olen luonut ohjelman, jonka avulla voidaan havainnoida lähtötilanne hoidon alussa ja lopputilanne, kun ohjelma on läpikäyty potilaan kanssa.

Tutkimuskysymyksinä ovat: Voiko kehon kautta tuleva tieto opettaa aivoja havainnoidessa itsessä tapahtuvia muutoksia ja mikä merkitys itsesääätelyllä on arjen hyvinvoinnin lisääntymisessä. Olen ottanut hoidon tavoitteeksi vahvistaa potilaan itsearviota omasta tilanteestaan. Lähtötilanteen ja muutoksen arvioinnissa ohjelmassa on käytössä lomakkeet: ACE, SDQ-20, DES, TAQ ja CORE-OM, jota käytetään myös muutoksen arvioinnissa. ACE antaa käsitystä varhaisen lapsuuden haitallisista kokemuksista ja hoidon näkökulmasta siitä, kuinka syvälle juurtuneena potilaan minäkuvaan tietyt uskomukset voivat olla kiinnittyneenä. SDQ-20 antaa yleiskuvan keho- oireista ja

mahdollisista toiveista niiden muuttamiseen. DES on hyvä arviointiväline saamaan esille mahdollisia dissosiatiiivisia oireita. Lapsuuteen liittyvistä voimavaroista ja traumaattisista kokemuksista antaa tietoa TAQ. Työvälineinä hoidossa käytetään ORS-itsearviointilomaketta, empatiaa, psykoedukaatiota, kehollisia harjoitteita ja vuorovaikutusta. Ohjelman olen käynyt läpi kolmen potilaan kanssa, joiden kanssa tapahtuneen hoidon tuloksia tullaan tarkastelemaan yhdessä. Liitän tutkimukseen liittyvään osioon kuvauksia heidän kokemuksistaan.

Perustana ohjelman käytölle on Porgesin (2011) polyvagaaliteoria, jossa hermostollinen kokonaisuus tunteitten, tiedostamisen, kokemuksen ja sosiaalisen yhteyden välillä tulee näkyviin erilaisissa turvallisissa ja uhkaavissa tilanteissa. Varsinkin varhaislapsuuden häiritsevät kokemukset voivat vaikuttaa haitallisesti ihmisen kykyyn säädellä omaa toimintaansa ja olla yhteydessä omaan sisäiseen itseensä. Autonomisen hermoston säätelyn harjoittelulla yhtenä osana traumapsykoterapiaa voi olla merkittävä osuus korjata hermoston toimintaa. Oman ohjelmani tarkoitus ei ole ratkaista puolesta vaan yhdessä tehden ja tarjoamalla välineet ihmiselle itselleen. Itsehoidolliset menetelmät, sosiaalisesti hyväksyttävät ja toimivat säätelykeinot saattavat välillä olla riittävä hoidon tavoite. Yksittäisenä menetelmänä ohjelma tarjoaa välineet kohti synteesiä, joka on askel kohti psyykkistä integraatiota. Tarkoitus onkin käyttää ohjelmaa osana hoidon alkuvaihetta.

Lähtöolettamuksena on, että keho- orientoituneella työskentelyllä pystytään työskentelyn alkuvaiheessa hoitamaan psykosomaattisesti ilmenneitä oireita tehokkaasti. Lisäksi yksilölle sopivia harjoitteita pystyy ottamaan helposti osaksi omahoidollista työskentelyä. Kehoharjoitteet voivat toimia laukaisevana tekijänä, jonka takia vapaaehtoisuus ja psykoedukaatio ennen, sekä jälkeen harjoitteen on tärkeä osa työskentelyä.

2. MIELENHÄIRIÖ JA TRAUMA

Mielenhäiriöt nähdään nykyään neurologisina, neurobiologisina tai toiminnallisina häiriöinä. Toiminnalliset häiriöt ovat usein ne, jotka on helpointa huomata, itsessään syytä on vaikeampi havaita. (Carter, 2016, s. 215) Ihmisten ollessa sosiaalisia eläimiä, voidaan päätellä, että sosiaalinen vuorovaikutus voi joko tukea neuraalisen järjestelmän kehitystä tai aiheuttaa siihen häiriöitä. Autonomisen hermojärjestelmän rauhoittaminen ja aktivoiminen on varsinkin vastasyntyneillä riippuvainen pitkälti huolenpitäjän toiminnasta. Vastasyntynyt on pitkälti luonnollisen biologisen selviytymiseen liittyvän kiintymyssuhteeseen liittyvän toimintajärjestelmän varassa, johon kuuluu myös itkeminen. Hoivaajan reagoidessa lapsen hätään ja tarpeisiin asianmukaisesti, auttaa tämä lasta kehittymään ja oppimaan samalla toimivaa sosiaalista vuorovaikutusta. Tämä vaikuttaa myöhemmin myös itsenäistymiseen tarvittavien taitojen kehittämisessä. (Porges 2011, s. 118-127)

Ensisijaisesti kuitenkin ihmisen varhainen toimintajärjestelmä perustuu selviämiseen, johon kuuluu myös vakaallinen jarru. Mikäli muut järjestelmät, eivät pääse kehittymään tai vakaallinen jarru ei toimi vuorovaikutuksessa, ihminen saattaa jo lapsena kokea sydämen rytmihäiriöitä/nopeatahtisuutta, sekä stressin aiheuttamaa kortisolin liikatuotantoa. Pitkäkestoinen stressi ja hoivan puutteen aiheuttamat traumat tekevät muutoksia jo vastasyntyneen aivojen neurologisissa rakenteissa. (Porges, 2011, s. 118-127) Trauma ja sen vaikutukset voivat olla myös yksittäinen tapahtuma, johon ihminen ei pysty adaptiivisesti suhtautumaan. Tähän liittyy yleensä jokin äkillinen ja käsittämätön asia, josta seuraa pelkoa, kontrollin menettämistä ja mitätöidyksi tulemistä. (Herman, 1992, s. 33)

2.1 Neurologiset häiriöt ja sosiaaliset haasteet

Neurologisten häiriöiden kohdalla puhutaan sekä aistitiedon häiriöistä että toiminnallisista ja kehityksellisistä häiriöistä. Nämä johtuvat yleensä toiminnallisesta ongelmasta neuronien, selkäytimen ja aivojen välillä. Yliaistilliset ihmiset pyrkivät suojaamaan itseään välttämällä aistikokemuksia, kun taas aliaistilliset hakevat jatkuvasti uusia kokemuksia. Kumpikin tapa on osa sosiaaliseen liittymiseen kuuluvaa järjestelmää, joka on rakentunut neurologisten tarpeiden ja toimintatapojen mukaan yksilöllisesti. Aistiongelmat voivat lisätä myös muita ongelmia, kuten; yli- ja alivireys, impulsiivisuus ja itsesäätelyn ongelmat kehollisella tasolla motorisesti tai toiminnallisesti. Ongelmia saattaa olla uusien tilanteiden kohtaamisessa, aikatauluissa pysymisessä, oppimisessa, varsinkin vieraissa sosiaalisissa konteksteissa ja tunteiden käsittelyssä. Sensorisen

integraation häiriöt eivät kuitenkaan yksiselitteisesti johdu vain synnynnäisistä neurologisista häiriöistä. Synnynnäinen tai myöhemmin tullut trauma voi vaikuttaa aistitiedon käsittelyyn. Tähän voi vaikuttaa ympäristöstä tai kiintymyssuhteesta tulevat riskitekijät, jotka vaikuttavat kykyyn integroida asioita ikätason mukaisesti. Myös myöhemmin tapahtuneet traumatapahtumat voivat yksilöllisesti vaikuttaa aistitiedon käsittelyyn. (Kranowitz, 2003, s. 35-42, 47, 49, 260-270; Cozolino, 2006, s. 65-68)

Traumaperäisissä dissosiativisissa häiriöissä komorbiditeetti niin ikään näkyy moniongelmaisuuksina ja erilaisina aistihäiriöinä, jonka takia häiriön luonnetta on joskus vaikea erottaa. Terapia voikin alussa olla hyvin samankaltaista, keskittyen sensorisen integraation vakauttamiseen ja säätelyyn. Tässä tulee huomioida yksilöllisesti vahvuudet, voimavarat sekä psykoedukaation ja oppimisen tarpeet. Mikäli on havaittavissa traumaperäisiä häiriöitä, arviointia tulee lisätä ja samalla suunnitella hoidon rakenne tarpeen mukaisesti. Näihin kuuluvat järjestelmälliset mittarit, haastattelut, tarvittaessa neuropsykologinen arviointi ja mahdollinen lääkitys. Diagnoosi auttaa hoidon suunnittelussa, sekä toimintataipumusten- ja järjestelmien hierarkian rakentamisessa yhdessä potilaan kanssa. (Hart, O. Nijenhuis, E. Steele, K. 2009, s. 117-120, 127-240)

Oman potilastyöni ohessa tekemässäni arvioinnissa olen huomannut juuri tämän ongelmien kasaantumisen. Persoonallisuuden dissosiativinen rakenne on ollut sekä traumahistoriasta nouseva että neurologiseen statukseen liittyvä oire. Neurologiseen tilaan voi samalla vaikuttaa esimerkiksi päihteiden vaikutus aivojen kemiaan, vaikka oireet korjautuvatkin yleensä vuodessa (Rapeli, Kliininen neuropsykologia, 321-333). Tutkimuspotilaista yhdellä on sekundääristi näyttäytynyt myös päihteiden vaikutus. Kahdella tutkimuspotilaalla taas on herkkyyttä traumaperäiseen oireiluun, joilla tähän voi vaikuttaa synnynnäinen neurologinen häiriö. Neurologiseen toimintaan vaikuttava kemiallinen tai synnynnäinen aivojen toiminnan poikkeavuus voivat vaikuttaa trauman kokemiseen ja kasautumiseen. On huomattava, että myös trauma voi aiheuttaa oireiluna neurologis- kognitiivisia ja toiminnallisia häiriöitä. Oireet ovat näkyneet tutkimuspotilailla sensomotorisessa integraatiossa säätelytaitojen vaikeutena yli- ja alivireystasoissa. Neurologiseen toimintaan vaikuttavat seikat on hyvä tiedostaa, vaikka ne eivät vaikuttaisikaan suoranaisesti hoidon toteuttamiseen.

Haasteet näkyvät kummassakin ongelmatyypissä erityisesti sosiaalisissa tilanteissa, koska kumpaankin liittyy neurologisia muutoksia aivoissa (Carter, 2016, s.215; Kolk, 2014, s. 53-54; Virta & Salakari, 2012, s. 20-26, 30). Rakenteellisesta dissosiaatiosta kärsivällä potilaalla tämä voi näkyä myös mielensisäisinä persoonallisuuden osien välisenä ristiriitaisena vuorovaikutuksena. (Steele ym.

2017, 262-266). Schwartz (2001) on kehittänyt -sisäisen perhesysteemin (IFS)- mallin, jossa tutustutaan persoonallisuuden osiin, opetellaan osoittamaan empatiaa niitä kohtaan ja pyritään lisäämään osien vuorovaikutusta, yhteistyötä ja integraatiota. Tätä mallia olen itsekin käyttänyt tuomaan tunnemaailmaa näkyväksi hoidossa olleille ihmisille. Varhaisissa kiintymyssuhteissa näkyneet ongelmat, joko tilannesidonnaisesti tai perhesysteemin sisäisinä ongelmina ovat olleet omiaan ainakin lisäämään oireita omien potilaitteni kohdalla. Sosiaalisten aivojen kehitykselle turvallisuuden kokemus on kehittymisen yksi tärkeimpiä tekijöitä, jonka lisäksi tarvitaan harjoittelua (Cozolino, 2014, s. 3-11). Terapiasuhde voi toimia tällaisena turvallisena toimintaympäristönä, jossa päästään harjoittelemaan uudenlaista suhdetta omaan itseensä.

2.2 Tunteidensäätelövaikeudet ja somaattinen oireilu

Tunteet todentuvat sosiaalisessa kontekstissa psyykkisinä ja toiminnallisina reaktioina, joihin liittyy vuorovaikutuksessa tapahtuva resonanssi, sopeutuminen ja empatia. Toiminnalliset oireet tunteiden säätelyssä ovat havaittavissa sosiaalisissa tilanteissa myös kehollisina reaktioina (Cozolino, 2014, s. 59-63, 225-233). Tärkeitä alueita käyttäytymisen säätelyyn toiminnan, tunteen ja tiedostamisen kannalta ovat supplementaarinen motorinen alue, orbitofrontaalinen aivokuori ja prefrontaalinen aivokuori (Carter, 2016, s. 178-179). Todentamattomat tai käsittelemättömät tunteet voivat näkyä toiminnallisina ja somaattisina oireina. Esimerkiksi pakko- oireisena varmisteluna tai vatsakipuna. Tunnekokemukset voivat olla niin voimakkaita, että ne vähentävät aivojen ja varsinkin käyttäytymistä säätelevän aivokuoren normaalia toimintaa. Käsittelemättömistä tai todentamattomista tunnekokemuksista aiheutuvia kehollisia kokemuksia voidaan konkreettisina oireina lähteä järjeistämään. Tämä voi johtaa esimerkiksi toimimattoman palkitsemisjärjestelmän luomiseen, jolla vältetään oireita tai kroonisiin somaattisiin oireisiin, joihin ei löydy syy- yhteyttä, eikä kliinistä syytä esimerkiksi sairauden kautta. (Ogden ym. 2009, s. 159-163; Virta ja Salakari, 2012, s. 30-33)

Fysioemotionaalisen säätelyn toimiessa poikkeavasti oireet saattavat näkyä kehollisesti oloiloissa, jotka voivat kertoa tukahdutetuista taistelevista reaktioista. Nämä voivat näkyä esimerkiksi; vatsakipuina, päänsärkynä, jäsenten vapinana ja lihasjäykkyytenä (Ogden ym. 2009, s. 160; Steele ym. 2017, s. 30-31).

Sytä on omien havaintojeni mukaan vaikea löytää vain keskustelemalla. Mittarit, kuten S.D.Q.-20 ja CORE-OM ovat toimineet näissä kohdin mielestäni loistavasti kartoittamalla perusoireistoa. Tarkastelemalla näitä yhdessä olen varsinkin kahden potilaan kanssa kolmesta löytänyt jo pelkästään kyselyjen perusteella syy-yhteyksiä tunnekokemuksiin ja somaattiseen oireiluun. Huomattuamme oireet olemme keskittyneet itsessään oloon pyrkimättä liikaa selittämään sitä. Tämän kautta on tullut kuitenkin luonnollista asiayhteyksien sisäistämistä.

Somaattisten oireiden yhteyttä tunnekokemuksiin tukee kliinisessä neuropsykologiassa limbisessä järjestelmässä aivokuoren ja sen alla sijaitsevien rakenteiden toiminta. Esimerkiksi hippokampuksessa tunnereaktioilla ja somaattisilla oireilla yhteys voi näkyä nieleskelynä ilman tilannesidonaisuutta, kuten syöminen tai juominen. Hippokampuksen vaurioituminen voi johtaa tunteiden muuttumiseen. Mantelitumakkeen toiminta vaikuttaa taas sosiaalisesti merkittävän tunteen, kuten pelon ja aggression säätelyyn. On tärkeää huomioida, mikä on normaalia toimintaa verrattuna hermojärjestelmän ”arpeen”. Trauman yhteydessä tunnekokemukset ovat vaurioituneita ja saattavat tulla näkyviin kehollisina toimintoina, kuten jännityksenä (Jehkonen & Saunamäki, 2018, s. 36; Iivonen & co, 2018, s. 169). Tunnekokemusten yhteyttä oireisiin on PET- kuvantamisella tutkinut myös Damasio ja kumppanit (2000), jonka mukaan tunteet muokkaavat aivotoimintaa. Kehollisen viestin tai oireen huomaaminen ja käsittely auttaa yhdistämään tietoa. Kehollisen viestin tunnevasteen on mahdollista muuttua havaituksi tiedoksi, jolloin tapahtuu synteisiä. Integraatioon tarvitaan lisäksi tiedon sisäistäminen osaksi kokemusmaailmaa (Ogden ym. 2009, s. 160-163).

2.3 Psykkisen ja fyysisen kaltoinkohtelun vaikutukset toimintajärjestelmiin

Ihmisellä reaktiot uhkatilanteisiin ovat suurelta osin luonnollisia toimintoja. Trauman yhteydessä voi muodostua kuitenkin toimintoja vastaamaan koettuihin, mutta epätodellisiin vaaroihin tai sitten ”hälytysjärjestelmä” voi ainakin osittain sammua. Näin voi tapahtua, kun luonnollinen toimintajärjestelmä ei toimi tai ole päässyt toteutumaan itse traumaa aiheuttaneessa tilanteessa. Ihminen koittaa kaikin tavoin pitää kiinni normaalista. Persoonallisuus on eri toimintajärjestelmistä koostuva rakenne, jossa osa tehtävistä saattaa toteutua hyvin jopa häiriötilassa. Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation yhteydessä mielen rakenteet voivat olla hyvinkin pirstaloituneina. Esimerkiksi kotityöt saattavat sujua hyvin, koska siihen saattaa olla oma vahva rutiininsa ja joskus jopa lähikontaktit perheen kanssa. Sosiaalisessa kontaktissa tai yllättävässä tilanteessa saattaa käynnistyä puolustusjärjestelmä, johon saattaa liittyä esimerkiksi aggressiota tai niin voimakasta

pelkoa, että se jähmettää tai lamauttaa sitä kokevan henkilön. Trauma onkin seurausta käsittämättömästä tapahtumasta, josta seuraa; pelkoa, avuttomuuden tunnetta, hallinnan menettäminen ja uhka tulla tuhotuksi. (Hart ym. 2009, s. 1-6; Herman, 1992, s. 33-35).

Traumaattinen tapahtuma voi aiheuttaa persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota. Traumaattisen tapahtuman lisäksi voi olla yksilöllisiä psyykkisen rakenteen haurauden tai neurologisen statuksen kautta tulevia altistavia tekijöitä, jotka vahvistavat trauman vaikutusta. Yksilöllisten altistavien tekijöiden lisäksi traumakokemuksiin vaikuttaa sen hetkiset ympäristöstä nousevat asiat, kuten sosiaalinen ympäristö kotona, töissä tai koulussa. Oireina traumaattisen tapahtuman jälkeen voi tulla valve- ja unitilan aikana mieleen tunkeutuvia fragmentoituneita traumamuistoja, tunteuksia ja olotiloja, jotka voivat vaikuttaa heikentävästi kykyä organisoituun toimintaan. Traumatisoituneen henkilön muistot eivät ole trauman yhteydessä rakentuneet yhtenäiseksi, eikä tällöin voida puhua integroidusti rakentuneesta muistista. Tunteet ja ajatukset eivät ole synkronoituja ja ärsykkeisiin vastataan reagoimalla impulsiivisesti. Kehoreaktiona stressiin erittyy adrenaliinia ja muita stressihormoneita. Vireystilat vaihtelevat yli- ja alivireystiloihin; jonka oireina voi olla esimerkiksi aggressiivisuutta, alistumista, lomaannusta ja jähmettymistä. Osa toiminnasta voi olla myös adaptiivista, jonka yhtenä tavoitteena on pyrkiä parantumiseen. Traumaattinen tilanne voi aiheuttaa puolustautumisen toimintajärjestelmään liittyvien taistele-pakene impulssien aktivoitumista. Toiminta voi jatkua vuosienkin jälkeen, kun uhka tai tilanne on ohi. Aktivoitumiseen riittävät pienetkin muistuttajat itse tilanteesta. Objektiiivisesti turvallinen tila voi näyttäytyä tällaista dissosiatiiivista tilaa kokevalle uhkaavana. (Herman, 1992, 35-42; Kolk, 60-62, 67-69; Hart ym. 2009, 24-44)

Aivot suojaavat itseään traumalta. Aivot voivat trauman tai uudelleen koetun trauman aikana toimia vain osittain esimerkiksi limbisen järjestelmän oikean puolen hälytysjärjestelmä voi olla aktivoituneena traumakokemuksen aikana, sekä näköaivokuori ja brocan alueella vajaatoimintaa. Puhealue taas voi olla heikentynyt ja tunteiden sanoittaminen on vaikeaa. Normaalitilanteessa aivojen vasen puoli käsittelee tietoa asia- käsite tietona, kun taas oikea puoli aistii ja kokee. Kognitioiden ollessa trauman yhteydessä irrallaan aivopuoliskojen välistä tiedonvälitys ja käsittely ei toimi, kuten normaalisti. Aivojen tärkein tehtävä onkin juuri suojata selviytyminen, jonka takia tietyt tunne- tieto tasolla olevat prosessit voivat estyä tapahtumasta. Aivot voivat myös tukahduttaa muistoja esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) oireitten yhteydessä, jolloin hippokampuksessa ja mantelitumakkeessa on suhteellisesti vähemmän toimintaa. (Kolk, 2018, 53-60; Carter, 2016, 147-149, 154-162)

Vuorovaikutuksessa harjoituspotilaitteni kanssa olen huomannut, että neurologisella statuksella on vaikutusta kognitiiviseen toimintaan. Tämä lisää myös traumaherkkyttä. Kolmen potilaani kohdalla psyykkistä traumaa on aiheuttanut hylkäämisen kokemukset. Kahdella hylkääminen liittyi lapsuuteen, joista toisella oli lisänä altistuminen toistuvalla fyysisellä perheväkivallalla ja yhdellä aikuisuudessa tapahtuneeseen hylkäämiseen. Lapsuudessa tapahtuneen hylkäämisen psyykkinen vaikutus on merkittävä. Kehityksellisen trauman neurologiset vaikutukset ovat näkyvissä kahden potilaan kohdalla. Toisen kohdalla se on näkynyt myös epäterveenä kiintymyssuhdemallina. Yhdellä potilaista on ollut enemmänkin psyykkisen suojelun tarpeen ja tunteiden vastaanottamisen laiminlyömistä. Kaikilla on jollain tavalla kehittynyt adaptiivinen selviytymisen malli, joka ei ole terapiaan tullessa enää toiminut riittävän hyvin.

Tiivistetysti voidaan verrata selviytymismalleja seuraavasti Heller ja LaPierreä (2012) mukaillen: Toimivassa selviytymismallissa resilienssi kyky on kehittynyt riittävän hyvin, jotta ihminen pystyy omaksumaan muuttuvia tilanteita ja ihmissuhteitten haasteita. Adaptiivisessa mallissa ihminen joutuu ponnistelemaan ja kokee ristiriitaa suhteessa itseensä ja muihin ihmisiin.

2.4 Traumasta toipuminen

Fysiologisella tasolla traumasta toipuminen tarkoittaa sympaattisen ja parasympaattisen hermoston dorsaalisen ja ventraalisen vaguksen tasapainon löytämistä. Ensi askel tasapainoon saattamiseksi on tulla tietoisiksi kehoreaktioista. Tämä vaatii hitautta ja uudelleen harjoittelua turvallisessa ympäristössä. Traumapsykoterapiassa tämä tarkoittaa erityisesti työskentelyn alkuvaiheessa vakauttavaa työskentelyä. Kehotyöskentelyllä vakauttamista tehdään reaktioita rauhoittavilla menetelmillä, jolloin aivojen prefrontaalilohko ehtii käsittelemään impulsseja, jotka tulevat vaurioituneeseen limbiseen järjestelmään. Viestit kulkevat talamuksesta, hypothalamuksesta ja manteliumakkeesta kohti tiedostamista. Tiedostaminen tapahtuu prefrontaalilohkossa vasemman ja oikean aivopuoliskon yhteistyönä, joissa voi trauman seurauksena olla vajaatoimintaa. Porgesen (2011) mukaan neuraalisessa verkostossa neuroseption kuuluisi erottaa toisistaan turvallinen ja vaarallinen tilanne. Hidastamalla voidaan tarkastella kehossa heräävää taistelee-pakene toimintajärjestelmää. Reaktiovasteen rauhoittaminen antaa aikaa aivoille tulla tietoisiksi impulsseista kehossa ja mielessä, jolloin mahdollistuu myös toiminnallisen intention uudelleen suuntaaminen.

(Porges, 2011, s. 172-179, 182; Carter, 2016, s. 182, 185, 188-189, 196-198; Terrell ja Kain, 2018, s. 9, 19-22, 26-33)

Vakauttamisvaihe traumapsykoterapiassa sisältää psyykkisen ja samalla fyysisen energian lisäämistä ja säätelyn oppimista. Psyykkistaloudellisessa ajattelussa resursseja arvioidaan toiminnan näkökulmasta: Mitkä toiminnot lisäävät psyykkistä taloutta ja mitkä lisäävät ”kuluja”. Stressi esimerkiksi lisää oireita, kun hallinta häviää psyykkisen väsymisen myötä. Vagaalisen jarrun käyttöä voidaan harjoitella vastaamaan paremmin tilanteeseen sopivia toimintoja. Varsinkin lapsuudenaikaisten kokemusten on havaittu vähentävän kykyä itsesäätelyyn, jossa voidaan toiminnallisella tasolla puhua laukaisevien tekijöiden aiheuttamista taantumista. Tämä aiheuttaa usein keho- oireita. Vuorovaikutuksellinen säätely ja psykoedukaatio voi vakauttamisvaiheessa edistää synteisiä kehon ja mielen tasolla. Psyykkisiä ilmiöitä, jotka näkyvät suhteessa voidaan tarkastella ja korjata psykoterapiassa. Tällaisia suhteessa näkyviä ilmiöitä ovat esimerkiksi vastustus ja suhteessa olemisen pelko. Pelot voivat näyttäytyä esimerkiksi passiivisaggressiivisesti välttelynä tai suorana vastustuksena. Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation yhteydessä eri osat voivat toteuttaa vastustusta eri tavoin, jolloin puhutaan useista adaptiivisista toimintamalleista. Taitoharjoittelulla voidaan auttaa säätelemään ja tarkastelemaan osien tai eri tunnetilojen yhteydessä tapahtuvaa toimintaa. Taitoharjoittelun yhteydessä tarkastellaan toimivia ja toimimattomia toimintamalleja ja tarvittaessa etsitään yhdessä uusia. Psykofysiologinen säätelyn harjoittelu tapahtuu parhaiten sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta, kuten traumapsykoterapiassa. Tässä pyritään saattamaan toimintoja loppuun psykofyysisellä tasolla ja asettumaan siten, että ihminen kokee tulleen hyväksytyksi. Vuorovaikutuksessa terapeutin ja potilaan välillä tulee myös todentuminen ja sitä kautta potilaan nähdyn tuleminen. (Terrell & Kain s. 61-73; Hart ym. s. 247-269)

2.4.1 Polyvagaalinen teoria

Porges (2018) on kehittänyt teorian, joka käsittelee hermostollisen säätelyn toimintaa. Teoria on kehittynyt 1960-luvulta alkaen, jolloin Porges lähti tutkimaan hermoston toimintaa osana psyykkisiä ja somaattisia reaktioita. Hermoston toiminnan ymmärtäminen on selittänyt ihmisen toimintamalleja erilaisissa tilanteissa. Autonominen hermosto muodostuu sympaattisesta hermostosta, joka aiheuttaa taistele- pakene -reaktiot ja parasympaattisen hermoston dorsaalista vaguksesta, johon liittyy jähmettyminen ja lamaantuminen, sekä parasympaattisen hermoston ventraalisesta vaguksesta, joka aktivoi sosiaalisen liittymisen järjestelmää. Sosiaalisen liittymisen järjestelmä on merkityksellinen

hermostollisen säätelyn näkökulmasta. Tähän hermostolliseen kokonaisuuteen vaikuttavat tunteet, tuntemukset, aistimukset ja uskomukset. Kolkin (2014) havainnot kehon muistijärjestelmän toimimisesta trauman yhteydessä häiriötilassa vahvistivat Porgesin käsitystä siitä, että ihmisen on vaikea säädellä toimintaansa, kun sosiaalinen säätely puuttuu. Sosiaalinen säätely tapahtuu vuorovaikutuksessa, johon liittyy esimerkiksi kyky tulkita eleitä, ilmeitä ja ääniä. (Porges, 2018)

Porgesin polyvagaaliteoriaan liittyy vagaalinen paradoksi. Vagus ja sydämen syke ovat yhteydessä toisiinsa. Vaguksen ja sydämen toiminnan tasapaino ovat tärkeä osa kehon normaalia toimintaa. Toistuvat yli- tai alivireystilat voivat aiheuttaa epätasapainoa olotilassa. Nisäkkäille ominainen parasympaattisen hermoston myelinisoitunut ventraalinen vagus rauhoittaa ja tasapainottaa sympaattista hermostoa ja sydämen sykettä. Ventraalinen (vatsanpuoleinen) vagus toimii siis olotiloja säätelevänä mekanismina. Ventraalisen vaguksen säätelyä opitaan huolenpidon ja rakastetuksi tulemisen kautta. Emotionaalisen trauman yhteydessä olotilat eivät kuitenkaan rauhoitu, kun esimerkiksi vaarallinen tilanne on jo ohi. Varhaisten toistuvien traumakokemusten vuoksi sympaattisen hermoston vireystila voi jäädä kroonisesti päälle. Kun sympaattinen hermosto ei rauhoitu, niin myöskään stressihormoni kortisolin arvot eivät laske ja keho pysyy stressitilassa, vaikka uhkaa ei enää olisikaan. Parasympaattisen hermoston dorsaalisen (selänpuoleisen) ei-myelinisoituneen vaguksen toiminta voi myös jäädä päälle, jolloin se näkyy kroonisena alivireytenä ja voimattomuutena. Traumatisoituneella autonomisen hermoston puolustusmekanismi voi siis jäädä päälle, jos hermostoa säätelevä sosiaaliseen liittymiseen kuuluva järjestelmä ei ole toiminut riittävän hyvin. (Porges, 2018)

Neuroseptio on turvallisuutta havainnoiva autonominen hermoston järjestelmä, joka reagoi ympäristöön. Tämä kehittyy hyvin varhain ihmisellä ja vauvoillakin on havaittavissa erilainen suhtautuminen biologiseen vanhempaan tai tuntemattomaan henkilöön. Vierastamiseen liittyvä uhkan kokemus näkyy hätäntymisen tai itkemisen kautta. Kaikki olotilat eivät kuitenkaan aina tule muiden nähtäväksi, vaan voivat olla sisäisiä olotiloja, jotka ihminen kokee esimerkiksi sydämen sykkeen tihentymisenä. Neuroseption ollessa terveellä tavalla kehittynyt ihminen osaa valita yleensä tilanteeseen sopivan toimintamallin riippuen siitä onko tilanne turvallinen, vaarallinen tai hengenvaarallinen. Järjestelmä toimii enemmänkin aistien kuin tiedostetun ajattelun varassa. Neuroseptio toimii siten, että se oppii aiemmista kokemuksista. Toimintamallit, joita ihminen käyttää voivat toimia ristiriidassa todellisen tilanteen ja tulkitun tilanteen välillä. Maladaptiiviseen toimintaan liittyy yleensä aiempi trauma, johon on voinut vaikuttaa esimerkiksi riittämätön sosiaalisen säätelyn tuki uhkaavan tilanteen jälkeen. (Porges, 2018)

Porgesin polyvagaaliteoria antaa näkökulmia ihmisen mielen ja kehon ymmärtämiseen. Se tuo ymmärrystä samalla persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation kehittymiseen, kompleksiseen traumaan ja traumaattisen tapahtuman jälkeiseen stressitilaan (PTSD). Erityisesti polyvagaaliteoria selittää, minkä takia tietyt toimintajärjestelmät voivat jäädä päälle. Toimintajärjestelmillä on omat merkityksensä, joiden tehtävä on oikein toimiessaan suojella ihmistä. Adaptiivinen tapa toimiikin näin, kun sen saa suoritettua loppuun. Kaikkiin tilanteisiin ei ole kuitenkaan valmiuksia, jonka takia saattaa jäädä keskeneräisiä tai toteutumattomia toimintoja. Näin alkuperäinen trauma voi käynnistyä uudestaan muistikuvien, aistien tai tuntemusten kautta. (Hart, ym. 2016; Kolk, 2014; Porges, 2018)

Hoidon näkökulmasta sosiaalisen säätelyn harjoittelu ja kehoviestien havainnoiminen auttaa itsesäätelyssä. Tietoinen syvähengittäminen auttaa tässä prosessissa vakauttamaan oloa ja hidastamaan reaktioita. Merkityksellisintä terapeutisesta näkökulmasta on kuitenkin aidon empatian välittyminen ihmiselle, jolla ei ole riittävästi itsesäätelyä vaan tarvitsee siihen sosiaalista tukea. Porgesin (2018) mukaan useiden psyykkisten häiriöiden, käyttäytymisen ja autonomisen hermoston säätelyn osatekijöissä on kyse toimimattomasta sosiaalisen liittymisen järjestelmästä. Terapiassa itsesäätelyä voidaan opettaa paremmin, kun polyvagaaliteorian mukaisesti sosiaalisen liittymisen merkitys huomioidaan mielen ja kehon kanssa työskenneltäessä. Näin voidaan tehokkaasti myös muokata toimintajärjestelmän maladaptiivisia defensiivisiä tai aggressiivisiä toimintoja. (Porges, 2018)

3. SENSOMOTORINEN TAITOHARJOITTELU 20 KERRAN OHJELMA

Traumapsykoterapia opiskelu on ollut painottuneena tässä opetusohjelmassa kehon havainnoimiseen ja sen kanssa työskentelyyn. Koulutukseen on liittynyt vireystilan tarkkailu ja säätely sekä terapiassa että näiden taitojen saattaminen itsesäätelyn tueksi. Vaativien kehoharjoitteitten tekeminen ja harjoittelu ei itsestään selvästi onnistu kaikilla, jonka takia psyykkisen toimintakyvyn arviointi on liitetty tärkeäksi osaksi kehoharjoitteita edeltävinä kyselyinä. Kyselyinä on käytetty: Haitallisten lapsuusajan kokemusten kartoitusta (ACE), aiempien traumaattisten kokemusten kartoitusta (TAQ), dissosiaation arviointia (DES), somaattisten oireiden arviointia (S.D.Q.-20) ja kliinistä yleistilan arviointia (CORE pitkä).

Arviointiin kuuluu myös havainnointi, joka on jaettu kahdeksi osioksi: Itsearviointin kehittäminen ja havainnoiva työskentely kehoharjoitteiden yhteydessä. Itsearviointin tukena olen käyttänyt muutosarviointiasteikkoa (ORS). Havainnointi taas on tapahtunut kehoharjoitteiden yhteydessä, jossa olen omien aistimusten kautta tarkistanut potilaan oloa. Välillä olen pyytänyt potilasta arvioimaan tarpeen mukaisesti häiritsevyyttä, kun on herännyt enemmän tuntemuksia harjoitteen yhteydessä. Näin olen tarkoituksen mukaisesti vahvistanut tuntemusta, että potilas itse säätelee työskentelyä ja tarvittaessa pystyy myös rajaamaan sitä.

Kaikki tulokset työskentelyn osalta kerättiin tutkimuslomakkeelle (LIITE 2). Tutkimuslomakkeella pystyi myös saamaan paremman kokonaiskuvan prosessista arviointien ja havaintojen osalta. Lomakkeella kerättiin yleistietoa tämän lisäksi potilaan somaattisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta tilanteesta. Samalla kerättiin sanallista ja kokemuksellista arviota tilanteesta työskentelyn lopussa verrattuna lähtötilanteeseen.

Kaikki tähän tutkimukseen liittyvä työskentely on toteutettu 6-8 kuukauden aikana vuonna 2019. Tutkimus on toteutettu kolmen aikuisen miehen kanssa yksilötyöskentelyinä.

3.1 Arvioinnin toteuttaminen

Arvioinnit toteutettiin kertakäynneillä 1-5 ja viimeisellä kertakäynnillä 20. Toteutus tapahtui haastatteluna dissosiaatioarvion (DES), somaattisten oireiden arvioinnin (S.D.Q.-20) ja aiempien traumaattisten kokemusten (TAQ) kohdalla. Kliinisen yleistilan arvioinnin (CORE pitkä) ja haitallisten lapsuusajan kokemusten (ACE) osalta potilas täytti itse lomakkeen. Muutosarviointilomaketta (ORS) käytettiin kerroilla 5-19, joka täytettiin aina kertakäynnin jälkeen. Kaikissa tilanteissa olin tarvittaessa pohtimassa kysymysten tarkoitusta, kun potilas ei ymmärtänyt kysytyn asian sisältöä.

3.1.1 ”Jonnen” arviointi

Jonne on 38 vuotias mies, jolla hoitoon tullessa oli todettu keskivaikea masennus. Tähän lääkityksenä Optibar 25mgx2 ja Ketipinor 20 mg 1-2 tarvittaessa. Jonnella oli jo lapsuudessa todettu neurologiseen toimintakykyyn vaikuttava autismin kirjon häiriö, joka diagnoosin aikana oli todettu asbergerin

syndroomaksi. Sosiaalinen verkosto Jonnella on hoidon alussa ja sen aikana ollut hyvä. Sosiaaliseen verkostoon on kuulunut perhe, ystävät ja ammatillinen verkosto. Hoidosta vastaava lääkäri on kuitenkin vaihtunut usein. Psyykkinen oireilu oli lisääntynyt avioeron takia, jonka takia oli myös muuttanut asumispalveluyksikköön yksilöllisesti räätälöidyllä tuella. Jonne on hoidon aikana ollut työtoiminnassa mukana, joka on osa arjen tukea.

Haitallisia lapsuusajan kokemuksia (ACE) Jonnella ei ollut. Kliinisen yleistilan arvioinnissa (CORE pitkä) hoidon alussa oireet näyttäytyivät voimakkaina, jossa sai yleispisteet 2,8. Kliinisiä oireita oli näkyvissä eniten yleisessä hyvinvoinnissa (W) ja ongelmissa (P), mutta myös toimintakykyyn (F) vaikuttavat asiat olivat koholla. Haasteita oli yleisesti arvioiden eniten fyysisten otilojen kanssa ja toimimisessa sosiaalisissa tilanteissa. Empatiakyky vaikutti toimivan hyvin ja arkirytmii ainakin lepäämisen suhteen toimi hyvin. Riskit (R) kliinisen yleistilan arvioinnissa olivat vähäiset 0,3.

Somaattisten oireiden arvioinnissa (S.D.Q.-20) nousi esille häiritsevinä asioina jännitys niska- hartia ja vatsan seudulla, jonka lisäksi käsien vapinaa. Näihin somaattisiin syihin ei ollut löytynyt lääkärin diagnoosia, vaikka lääkäriä olikin konsultoitu oireiden osalta. Somaattiset oireet voivat näissä tapauksissa olla somatoformisia psyykkisiä oireita. Oireet ovat esimerkiksi jännittävissä tilanteissa olleet voimakkaampia.

Dissosiaatio arvioinnissa (DES) kokonaispisteet jäivät 14%:iin. Näistä dissosiaatiota mittaavien kysymykset alle 3%:iin. Dissosiaatiota ei tulosten perusteella ole. Mustavalkoisuutta hoidon aikana näkyi, joka liittyi kokemuksiin ja havaintojen perusteella enemmänkin autismin kirjon häiriöön.

Aiempien traumaattisten kokemusten (TAQ) kyselyssä vahvistui tieto siitä, että traumaattiset kokemukset liittyvät enemmänkin 13-18 vuoden ikään. Jonne ei kokenut tapahtumien olleen isoja, mutta siihen liittyi kehitykseen kuuluvaa erilaisuuden kokemusta ja kiusatuksi tulemistä ikätovereiden taholta. Näiden asioiden merkitys korostuu, kun otetaan huomioon Jonnen psyykkinen herkkyys ja neurologisena piirteenä vahvistunut mustavalkoinen (toisin sanoen hyvä- paha jaottunut) ajattelu. Sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna silläkin on suuri merkitys, että Jonnella koko peruskouluajana, eikä paljon tämän jälkeenkään ole ollut ikätovereita opiskeluaikana. Kyselyä tehdessä kertoi myös lukuisista muutoista Suomessa ja ulkomailla lapsuudessa, jotka osaltaan olivat vaikeuttaneet sosiaalista liittymistä.

Itsenäinen muutosarviointi (ORS) on toiminut Jonnen kohdalla hyvin. Itsearviointi on antanut myös luonnollista psykoedukaatiota ja antanut havaintojen mukaan muutenkin valmiuksia oman hyvinvoinnin havainnoimiseen.

Loppuarvioinnissa kliinisen yleistilan arvioinnissa (CORE pitkä) pisteet olivat laskeneet 2,3:een. Riskiarvioinnissa riskejä ei enää ollut. Häiriöt tuntuvat vielä, kun on huono päivä.

3.1.2 ”Eliaksen” arviointi

Elias on 31 vuotias mies, jolla oli hoitoon tullessaan todettu paranoidinen skitsofrenia, heikkolahjaisuus ja pakko- oireinen häiriö. Eliaksella oli aiemmin ollut myös psykoosioireita. Lääkityksenä psykoosioireisiin käytössä Olantsapiini 5mg, joka hoidon alussa oli vielä 10mg. Eliaksella on lapsuudessa todettu heikkolahjaisuus ja havaittu myös autistisia piirteitä, johon ei kuitenkaan ole saatu diagnoosia. Sosiaalinen verkosto lähiverkoston osalta Eliaksella on suppea, johon kuuluu pääosin äiti ja yksi kaveri. Ammatillinen verkosto on toiminut hyvin ja on saanut olla samalla lääkäriä jo noin 5 vuotta. Yhteistyö lääkäriin on kokemukseni mukaan sujunut hyvin, opiskelun aikaisen psykoterapian osalta. Eliaksella oli päätös vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Aiemmin ollut hoidossa kahdella eri terapeutilla, joista toinen oli eläköitynyt. Toiseen terapeuttiin hoitosuhde oli äkillisesti katkennut. Elias on hoidon aikana ollut työtoiminnassa ja saanut toimintaterapiaa, sekä neuropsykiatrasta kuntoutusta. Toimintaterapia ja työtoiminta jatkuvat edelleen. Elias asuu itsenäisesti kerrostalossa.

Haitallisia lapsuusajan kokemuksia (ACE) Eliaksella oli 5/10. Oireita on hoidettu näiden osalta myös aiemmissa terapioiden. Neurologinen herkkyys on lisännyt myös psyykkistä häiritsevyyttä, jonka takia häiriöiden voimakkuus on saatettu kokea voimakkaampana. Dissosiaatiota (DES) ei kyetty arvioimaan Eliaksen kokiessa lomakkeen liian haastavaksi täyttää. Kliinisen yleistilan ensimmäistä arviointia (CORE pitkä) ei voida pitää validina, koska Elias myöhemmin paljasti valehdelleensa testissä. Tähän liittyi luottamuspuola, mitä testin tuloksilla on tarkoitus tehdä. Tulokset ensimmäisessä arvioinnissa olivat 0,5, joka on suhteellisen matala.

Somaattisten oireiden arvioinnissa (S.D.Q.-20) nousi häiritsevinä asioina esille kehollinen jäykkyys, joka näkyy esimerkiksi asentojäykkyytenä. Kuulemisen ja puhumisen vaikeutta on, johon on aiemmin saanut myös puheterapiaa. Kuulemiseen liittyy myös luuloja ja uskomuksia siitä, mitä on

kuullut. Näihin oireisiin ei ole löytynyt lääkärin toteamaa somaattista syytä, vaikka lääkäriä on asiasta konsultoitu. Hoitava lääkäri on todennut, että kuuloharjojen osalta syynä on todennäköisesti psyykkiseen tilaan liittyvät tekijät. Asentojäykkyys voi myös olla somatoforminen psyykinen häiritsevä oire, joka liittyy ahdistaviin tai jännitystä aiheuttaviin tilanteisiin.

Aiempien traumaattisten kokemusten (TAQ) kyselyssä nousi esille isän puolelta tullut henkinen ja fyysinen kaltoinkohtelu. Suhde äitiin koettiin myös haastavana. Sosiaaliset suhteet ovat koko ajan olleet jonkin verran haastavia, mutta erityisesti peruskoulun ala-asteella haasteita on ollut enemmän. Tämän jälkeen yksinäisyyden tunne on ollut voimakkaana 18 ikävuoteen asti. Yksinäisyyden tunnetta on kokenut myös suhteellisen paljon koko elämänsä aikana myös aikuisuudessa. Erityisesti isän suhteen on kokenut ajoittain häiritsevissä määrin pelkoa, jota on tapahtunut myös aikuisuudessa.

Itsearviointi muutosarviointilomakkeella (ORS) on helpottunut ohjelman aikana. Tiedostaa myös, että omaa oloa on vaikeampi arvioida, kun on psyykkisesti sekava tai paha olo. Tuntemusten aistiminen on myös helpottunut, joka on nopeuttanut itsearvioinnin tekemistä. Keskustelee paljon tehdessään itsearviointia.

Loppuarvioinnissa kliininen yleistilan arviointi (CORE pitkä) oli noussut 0,9:ään. Arvio on kuitenkin tulkittavana todellisempana, kuin alkuarvio. Alkuarviossa Elias oli valehdellut pelkotilan takia. Luottamus työskentelyn aikana on lisääntynyt.

3.1.3 ”Kallen” arviointi

Kalle on 42 vuotias mies, jolla on aiemmin todettu keskivaikea masennus. Somaattisina oireina on korkea verenpainetta, joka stressitilassa oireilee voimakkaammin. Alkoholismiin on saanut päihdehoitoa. Päihdehoitaja ja lääkäri ovat toimineet ammatillisena tukena. Kallella on hyvä sosiaalinen lähiverkosto, joka käsittää vaimon, kolme lasta ja hyvän sukuyhteyden. Kalle on mukana työelämässä vastuullisissa tehtävissä. Lisäksi on aktiivinen harrastetoiminnassa. Psykoterapiassa Kalle ei ole ollut, ennen tätä työskentelyä. Hoitoon Kalle tuli paniikki- ja ahdistusoireiden takia. Aiemmin käyttänyt olotiloihin alkoholia.

Kliinisen yleistilan arvioinnin (CORE pitkä) pisteet Kallella olivat 1,21. Riskit arvioinnissa näyttäytyivät yhtä lailla alhaisina pisteiden ollessa 0,2. Hoitoon tullessaan koki olevansa riittävän hyvässä tilassa, että oli lähtenyt hakemaan ulkopuolista apua psyykkiseen hoitoon.

Haitallisia lapsuusajan kokemuksia (ACE) Kallella ei ollut. Dissosiativisia piirteitä (DES) ei ollut kokonaispisteiden ollessa 12. Esille nousi kuitenkin sekä itselle että muille valehtelu, johon liittyi myös itsesuggestiota. Ajan kulumisessa oli myös poikkeavuutta, joka liittyi ahdistus- tai paniikkioireisiin.

Somaattisten oireiden arvioinnissa (S.D.Q.-20) tuli esille puutumisen tuntemukset, joihin liittyi vaikeus lähteä liikkeelle. Epileptis- tyyppinen kohtaus nousee esille jonkin verran paniikin yhteydessä, vaikka ei ole todettua neurologista sairautta. Halvaantumisen ja jäykkyyden tunnetta on jonkin verran esimerkiksi unesta herätessä. Keskustellessa nousi esille myös uskomuksia siitä, että erilaiset tuntemukset kehossa kertovat jostain vakavasta sairaudesta. Tarkennettaessa tähän liittyi kuolemanpelkoa.

Aiempien traumaattisten kokemusten (TAQ) arvioinnissa lapsuusaika näyttäytyi turvallisena. Lapsuudessa on yksi traumaattinen onnettomuuskokemus, joka liittyi lentotapaturman todistamiseen. Tämä tuli esille kyselyssä voimakkaana kokemuksena, jonka käsittelyyn ei lapsena saanut riittävästi tukea. Kokemusta erilaisuudesta suhteessa ympäristön odotuksiin oli, vaikka pärjäsikin kohtalaisen hyvin esimerkiksi koulussa. Traumakokemuksen aikaan alakouluikäisenä kokee jääneensä huomiotta. Tästä noussut myöhemminkin yksinäisyyden kokemusta. Vanhempana on ollut vähän ystäviä ja sosiaaliset suhteet jonkin verran haastavia, jonka myötä kannattelevat läheiskokemukset jääneet vähäisiksi. Kokee kuitenkin läheisiin olevan kohtalaiset tai hyvät suhteet. Haasteet ovat kokemuksellisesti enemmän tunnetasolla. Aikuisena on ollut pari läheisen kuolemaa, joissa niin ikään on kokenut jääneensä osittain vaille tukea. Nuorena aikuisena ja aikuisuudessa on kokenut itseen kohdistuvissa säännöissä olleen epäjohdonmukaisuuksia. Nykypäivän haasteet ja stressitilanteet aikuisuudessa ovat aktivoineet lapsuuden traumaattista onnettomuuskokemusta.

Muutosarviointilomakkeen (ORS) käytössä näkyi kehittymistä itsearvioinnissa ja oman olon havainnoinnissa. Nämä taidot olivat alkuun jo vahvoja, mutta suuntautuneet havaitsemaan uhkia. Itsearvioinnin yhteydessä vahvistui omakohtaisuus, kun alkuun arviointi tapahtui osittain miettimällä muiden mielipiteitä.

Loppuarvioinnissa kliinisen yleistilan arviointi (CORE pitkä) oli noussut 1,3:een. Nostavana tekijänä oli muun muassa se, että oli menettänyt työskentelyn loppupuoella läheisen ihmisen. Kokemukseen liittyvät reaktiot olivat edelleenkin häiritseviä. Riskipisteitä työskentelyn loppupuoella ei enää ollut.

3.2 Kehoharjoitteet ja havainnot

Kehoharjoitteilla tarkoitetaan ohjelman (LIITE 1) mukaisia harjoitteita kerroilla 6-16. Niihin liittyvät alkuorientaatio, joka tehtiin käynnillä viisi, sekä opitun tutkiminen käynneillä 17-19. Kaikissa harjoitteissa on alkuun keskustelua harjoituksen tarkoituksesta ja siihen liittyvä ohjeistus. Potilailla on aina mahdollisuus itse säädellä harjoitusta sen mukaan, mikä on oma vointi ja halu tehdä harjoitus. Tämä sanoitettiin harjoitteiden aikana ja sitä ennen selkeästi, jotta koko ajan olisi vapaus valita haluaako toteuttaa harjoitteen vai ei. Harjoitteet oli suunniteltu niin, että kehoharjoitteet lähtevät suuntautumaan ensin sisäisestä maailmasta rauhallisesti ulospäin suuntautumiseen. Samalla pidettiin kontakti koko ajan sisäiseen maailmaan, jotta oman itsen havainnointi suhteessa aktivoituviin kokemuksiin pysyisi mukana työskentelyssä. Tavoitteena oli itsesäätelykyvyn kehittäminen ohjelmaan osallistuvilla potilailla.

Kehoharjoitteet voidaan ohjelman mukaisesti jakaa neljään eri ryhmään: Vakauttavat harjoitteet käyntikerroilla 6-8, vireystilan kohottaminen käyntikerroilla 9-10, läsnäolon vahvistamiseen liittyvät harjoitteet käyntikerroilla 11-12, rajaharjoitteet käyntikerroilla 13-15 ja tähän liittyvä aktiivisen puolustautumisen järjestelmän aktivoiminen käyntikerralla 16. Poikkeuksena tarvittaessa käytettiin jokaisella käyntikerralla erikseen vielä vakauttavia harjoitteita ennen käyntikohtaisen harjoitteen kokeilua.

Käyntikerroilla 5-19 käytettiin muutosarviointilomaketta (ORS), jotta potilas pystyisi arvioimaan omaa oloaan aktiivisesti prosessin aikana. Tämän tarkoituksena oli samalla lisätä itsearvioinnin lisääntymistä ja oman olon muutosten huomaamista prosessin aikana, välillä ja sen jälkeen. Tässä huomioitiin käyntikerroilla lähinnä, miten itsearviointi kehittyy prosessin aikana. Oloa huomioitiin yksilöllisesti, koska harjoitteet toimivat eri ihmisten kanssa eri tavalla.

3.2.1 ”Jonnen” kehoharjoitusten havainnointi

Jonnella oli vakauttavien harjoitteiden käyntikerroilla 6-8 kohdalla alkuun havaittavissa jännitystä, joka helpottui erityisesti vakauttavan hengityksen aikana. Turvapaikkaan oli alkuun vaikeampi saada kontaktia ja turvapaikaksi valikoitui tämä hetki. Harjoitteen jälkeen lopeteltaessa tuli mieleen myös luontoon liittyvä turvapaikka ja kävely. Säätelukeinoja ja huomion siirtämistä tutkittaessa tehtiin Jonnen toiveesta rajatusti tutkimalla pehmeitä muotoja, alkuun kokeiltaessa suoria viivoja koki harjoituksen epämiellyttävänä. Kehon oloa havainnoitaessa Jonne koki jännityksen olevan lievempää, kuin voimakkaasti keskittyen yhteen asiaan. Ajatteli, että voi käyttää hengitystä itsesäätelukeinona ainakin sosiaalisissa tilanteissa.

Vireystilaa käyntikerroilla 9-10 tutkittaessa Jonne tunnisti, että helposti jää paikalleen. Tämä saattaa vaikeuttaa jopa kotoa lähtemistä. Vireystilaa tutkittiin alkuun käden puristelulla ja lihasjänteiden havainnoimisella. Kehollisesti huomasi käden lämmön ja kihelmöinnin. Venyttely oli vaikeaa ja tehtiin varoen. Jonne itse toi esille, että tulisi ottaa fysioterapeuttiin yhteyttä, jotta saisi itselleen sopivan venyttelyohjelman. Hengitystä syventämällä ja autonomista hermostoa erityisesti ylävatsanseudulla tutkittaessa huomasi jännityksen helpottumisen vatsanseudulla. Jonnen keskittyminen herpaantui, jos keskittyi liian pitkään harjoitteeseen. Välillä noustiin seisomaan ja ravisteltiin jäseniä, jonka jälkeen kokeiltiin hetken aikaa uudestaan ja pysähdyttiin siihen, kun olo oli riittävän hyvä. Syljen erittämässä piti siitä, että saa keskittyä yhteen yksittäiseen asiaan.

Läsnäolon vahvistamista tutkittiin käyntikerroilla 11-12, Kohdattiin jo lievästi vaikeita asioita, jossa oloa rauhoitettiin sisällyttävillä harjoitteilla ja itseen suuntautuvalla empatialla. Sisällyttävät harjoitteet toteutettiin painamalla kädellä kevyesti hieman polven yläpuolelta jalkaa, jonka jälkeen tuotiin käsi lepäämään jalkaa vasten. Empatiaharjoitteena käytettiin perhoshalausta, jonka lisäksi kokeiltiin itsensä halaamista. Empatiaharjoitteet tuntuivat alkuun hassuilta. Jonne oli kuitenkin hymyilevämpi erityisesti perhoshalauksen jälkeen ja kehonkieli näytti rentoutuneelta.

Rajaharjoituksia käyntikerroilla 13-15 tutkittiin omien kehon rajojen tutkimisella ja etäisyyden tutkimisella suhteessa terapeuttiin. Tutkittiin myös ovatko omat rajat ulos vai sisäänpäin suuntautuneet. Esimerkiksi: ”pysykää poissa” ulospäin suuntautuneet kädet ja ”älkää rikkoko rajoja” sisäänpäin kääntyneet kädet. Rajoja tutkittiin kehontunteuksien suhteen, kun kädet ovat enemmän auki tai kiinni. Jonne piti eniten siitä, että kädet ovat sisäänpäin kääntyneet ja vähän auki. ”Nyt pystyn rajaamaan oman tilan, mutta päästämään jos haluan itse päästää jonkun omien rajojen sisälle”.

Aktiivista puolustautumista tutkittaessa seinän painamisella käyntikerralla 16 ei tullut olotilassa suuria muutoksia, mutta helpottumista jännittyneisyydessä tuli edelleen. Jonne koki, ettei ennen ole osannut tai uskaltanut puolustaa itseään ja mielikuvissa se, että sanoo jotain vastaan ja pitää puoliaan tuntui hyvältä.

Toimivia harjoitteita tutkittaessa käyntikerroilla 17-18 pysähdyttiin erityisesti hengityksen säätelyyn ja pieneen sisällyttämisharjoitteeseen (kädellä jalan painaminen). Aktiivista puolustautumista harjoitettiin pienimuotoisesti käyntikerralla 18 Jonnen työntäessä tyynyä, jota pidin käsissäni. Tämä tuntui edelleen hyvältä ja aktivoi käyntikerralla 16 tullutta kokemusta, että pystyy puolustamaan itseään. Harjoitusten jälkeen Jonnella oli levollinen olo.

Muutosarviointilomaketta (ORS) täyttäessä Jonne sanallisti samalla yleisolotilaansa. Kehon oloja käsiteltiin arvioinnin yhteydessä kognitiivisesti pohtien, mitä olo kertoo itsestä nyt. Itsearviointi helpottui lomaketta täyttäessä ohjelman aikana. Ohjelman loppupuolella olon näkyväksi tekeminen sanallistamisen kautta oli kehittynyt jo huomattavasti, jonka Jonnekin huomasi.

3.2.2 ”Eliaksen” kehoharjoitusten havainnointi

Elias teki vakauttavat harjoitukset käyntikerroilla 6-8 ohjeistuksen mukaisesti. Turvapaikka löytyi kohtalaisen helposti harrastuksen kautta. Turvapaikkaan liitettynä vakauttava hengitysharjoitus oli helpompi tehdä. Alkuun hengitysharjoituksissa oli jännitystä, kun siinä ei ollut vielä rauhoittavaa mielikuvaa. Huomion siirtäminen oli suhteellisen helppoa, mutta ei kokenut sen rauhoittavan tai auttavan itsesäätelyyn kovinkaan paljon. Ankkuriharjoitusta kokeiltiin spontaanisti tässä kohtaa, joka auttoi enemmän keskittymisen säätelyssä. Eliaksen oli helppo huomioida samanaikaisesti monta kehoa ankkuroivaa pistettä, joka tuntui myös rauhoittavan jännitystä. Elias itse arveli, että vakauttava hengitys voi auttaa ahdistusoireisiin, kun liikkuu esimerkiksi autolla.

Vireystilaa tutkittaessa käyntikerroilla 9-10 Elias huomasi, että sietoikkunassa asettuu suurimmassa osassa tilanteita ylivireyteen, jota sietää kohtalaisen pitkään. Vireystilaa tutkittaessa tutkittiin lihasjänneyttä puristelemalla kättä ja tuntemuksia tästä. Verenkierron lisääntymisen ja lämmön Elias havaitsi helposti. Venyttelyssä oli haasteita, jonka Elias arveli johtuvan stressistä ja jännityksestä. Suositeltiin tarvittaessa ottamaan yhteyttä lääkäriin ja/tai saamaan työterveydestä ohjausta venyttelyyn. Kehohavainnoinnin kautta Elias tuli tietoisemmaksi sairauteen liittyvistä peloista.

Keskittyessä häiritseviin olotiloihin ja aistimalla niitä jotkut tuntemukset tulivat siedettävämmiksi, vaikka eivät poistuneetkaan kokonaan. Elias koki, että ajattelu on pahin pelon lisääjä. Reagoi välillä olotiloihin, jotka voivat häiritä myös unta. Syljen erittäminen tuntui auttavan näihin olotiloihin jonkin verran, koska koki hallitsevansa tilannetta. Harjoitus itsessään tuntui omituiselta alussa, vaikka pitikin hallinnan tunteesta.

Käyntikerroilla 11-12 läsnäoloa vahvistettaessa Eliaksella tuli olo, että on hyvin yksin monissa tilanteissa. Sisällyttämisharjoitukset rauhoittivat ylivireyttä, joka näkynyt työelämässä esimerkiksi ylisuorittamisena. Varhaisempia kokemuksia tutkittaessa koki yksinäisyyden lisäksi ”pienuutta” ja kokemusta että on aina yksin. Empatiaharjoituksena perhoshalaus oli alkuun vaikea toteuttaa, mutta rauhoitti olotilaa. Ohjeistus käytiin hyvin selkeästi läpi tunnetilan herkistyessä ja antamalla tilaa reagoinnille. Kehoharjoitteissa käytiin Eliaksen kohdalla läpi yksinäisyyttä ja siihen liittyvää surua. Harjoituksen lopulla Elias oli rauhallinen, vaikka vähän hämmentynyt.

Rajaharjoituksia käytiin läpi käyntikerroilla 13-15. Rajojen asettamisessa oli alkuun vaikeuksia ja harjoituksiin päästiin sisälle, kun kokeiltiin etäisyyden ottamista terapeuttiin kävelemällä kohti ja pois päin niin, että Elias sai säädellä kokeilussa itselleen sopivaa etäisyyttä. Rajojen asettamisessa oli vaikeuksia Eliaksen mukaan sen takia, että kokee olevansa koko ajan tilivelvollinen omista toimistaan kaikille. Koki ettei häneen luoteta, jonka takia rajojen asettaminen voi tuntua muista pahalta. Kun päästiin itse harjoituksiin ristiriita kokemuksen ja uskomuksen välillä ei tuntunut enää niin suurelta. Omien rajojen pitäminen tuntui lopulta hyvältä. Käsien asento oli ulospäin suuntautunut, vaikka koki; ”ettei hirveää tarvetta ole puolustaa”. Aktiivisen puolustautumisen järjestelmää kerralla 16 tutkittaessa näkyi jännitystä, joka ei ollut yllättävää, koska rajojen asettamisessa oli muutenkin ollut haasteita. Kehotuntemuksista harjoituksen yhteydessä nautti ja huomasi kehon rentouden harjoituksen jälkeen.

Toimivia harjoitteita läpikäydessä käyntikerroilla 17-18 pysähdyttiin hengityksen säätelyyn ja yhdistettiin siihen pieni sisällyttämisharjoitus (kädellä jalan painaminen). Tämän lisäksi tutkittiin rajoja ja käytiin keskustelemalla läpi, mitkä harjoitteet auttaisivat rajojen pitämisessä ja itsestä huolehtimisessa. Empatiaharjoitteena käytiin läpi vielä perhoshalautta, joka nyt jo oli helpompaa ja rauhoitti oloa. Harjoitteiden jälkeen Eliaksella oli hyvä ja rauhallinen olo.

Muutosarviointilomakkeen (ORS) täyttäminen oli Eliaksella alusta asti helppoa. Harjoituksissa näkyvät haasteet olivat osittain ylikorostuneita Eliaksen ollessa hyvin kehosensitiivinen. Lomaketta täyttäessä oli aina koostunut ja rauhallinen pohdinnassaan.

3.2.3 ”Kallen” kehoharjoitusten havainnointi

Vakauttavat harjoitteet käyntikerroilla 6-8 olivat alkuun vaikeita. Mielikuvissa ei löytänyt muuta turvallista paikkaa, kuin vastaanotto, johon oli tullut. Hengittämiseen liittyi samaten alkuun vaikeuksia. Mielikuva tilanteen hallinnasta siinä, että voi säädellä hengitystahtia ja syvyyttä tuntui lopulta hyvältä. Piti hyvänä mallinnusta eli yhdessä tekemistä harjoituksen aikana. Koki joskus elämässään kadottaneensa kyvyn hengittää syvään. Huomion siirtämiseen liittyvässä kokeilussa koki tilanteen vähän ahdistavana. Ei halunnut jatkaa harjoitusta. Huomiota siirrettiin tämän jälkeen enemmän kehontuntemuksiin siihen, missä istuu, miltä matto tuntuu jalkojen alla. Tätä tuntemusta halusi myös vahvistaa riisumalla sukat ja aistimalla maton suoraan kontaktissa jalkoihin. Jalkojen ja ”maan” aistimus jaloilla näytti rauhoittavan ja huvittavan Kallea.

Vireystilaa käyntikerroilla 9-10 Kallen kanssa tutkittiin hyvin varovasti, koska oli kokenut vakauttavat harjoitteet niin vaikeina. Käden puristelu ja lihasjänteiden tutkiminen näytti toimivan vakauttavana ja samalla rentouttavana. Kehollisesti käden puristelusta tuleva virtaus tuntui niskassa ja pääalueella hyvänä rauhoittavana tunteena. Kehollisesti Kalle on ollut hyvin aktiivinen, mutta silti venyttely tuntui vaikealta. Kehollinen jännitystila on huomattava ja näkyy myös asentojäykkyytenä istuessakin. Aktivaatio tuntui rauhoittavan kehollisia toimintoja myös siten, että Kalle ei joutunut käymään niin usein vessassa kuin tutustumisen alussa. Osasi rajata harjoitusta sanomalla, milloin ei jaksanut enää tehdä harjoitusta. Sitoutuminen vireystilan tutkimiseen oli hyvä. Syljen erittäminen tuntui Kallesta omituiselta ja toi halun juoda jotain. Piti siitä, että osasi tehdä harjoituksen.

Läsnäolon vahvistamista harjoiteltiin käyntikerroilla 11-12. Tähänkin lähdettiin varovasti, koska negatiiviset uskomukset voivat vaikeuttaa olotilaa. Rajaava harjoite otettiin tässäkin kohtaa mukaan, koska haastavien asioiden ajattelu vei myös traumamuistoihin. Erityisesti piti yksinkertaisesta sisällyttävästä harjoituksesta, jossa tutkittiin lihasjänneyttä painamalla kättä jalkaa vasten. Luotiin tueksi arkinen mielikuva, jossa ollaan esimerkiksi bussilla liikenteessä ja voidaan rauhoittaa omaa oloa. Bussissa oli tullut olotiloja, että kanssamatkustajat eivät huomaa häntä. Koki pystyvänsä säätelemään tunnetiloja läsnäoloa vahvistavalla harjoitteella. Näin koki pystyvänsä samalla

havainnoimaan ympäristössä olevien ihmisten todellisia reaktioita. Empatiaharjoitteena käytettiin perhoshalausta, johon paneutui vahvasti. Koki kuitenkin harjoitteen aikana, että isä ei ole ollut hellä häntä kohtaan. Harjoitus nosti siis esille myös vaille jäämisen kokemusta.

Rajaharjoituksia tehtiin käyntikerroilla 13-15. Oman kehon tutkiminen oli jo tullut tutummaksi ja piti siitä, että sai tarkkailla sopivaa etäisyyttä toiseen ihmiseen istunnon aikana. Huomasi, että eri ihmisiin on kuitenkin luonnollista ottaa eri etäisyys. Istunnon aikana koki vielä noin 20 senttimetrin päässä ollessaan olonsa aika hyväksi. Rajoja tutkittaessa halusi välillä puolustaa kädet ulospäin suuntautuneena ja välillä pitää omat rajat käsien ollessa sisälle päin suunnattuina. Samalla pohti kaikkien rajaharjoitteitten aikana, mitkä asiat ärsyttävät häntä ja miten voisi välttyä esimerkiksi hermostumatta. Aktiivisen puolustamisen järjestelmää tutkittaessa seinän painamisella heräsi taas vanhat mielikuvat väkivaltaisesta isästä, mutta pystyi säätelemään olotilaansa. Kokeili harjoitusta useita kertoja. Koki kehon rentoutuneemmaksi harjoituksen jälkeen ja hymyili vapautuneesti.

Toimivia harjoitteita läpikäydessä pysähdyttiin sisällyttämisen-, läsnäolo- ja rajaharjoitteeseen. Toimivimpana yksittäisenä harjoituksena oli kokenut käden painamisen polven yläpuolelta jalkaa vasten. Käden puristelu tuntui myös hyvältä ja huomasi edelleen positiiviset kehotuntemukset tämän harjoitteen aikana. Rajaharjoituksista aktiivisen puolustamisen järjestelmän tutkiminen tuntui toimivalta, vaikka koki harjoituksen haastavaksi, jos tekisi yksin. Sanoitti asiaa näin: ”Enhän minä nyt kotona voi ruveta seinää painamaan. Olisi se vähän tyhmän tuntuista.”

Muutosarviointilomake (ORS) oli alkuun hankala Kallen mielestä. Koki vaikeaksi tulkita janaa, mutta löysi tähän itsenäisesti numerot 1-10. Näiden kanssa itsearviointi kehittyi ja sai tehdä sitä itselleen mielekkäällä tavalla. Loppua kohden itsearviointi oli kehittynyt ja osasi sanallistaa kehon tuntemuksia arviointia tehdessä.

3.3 Työskentelyn päättäminen ja jatkosuunnitelma

Kaikkien työskentelyssä mukana olleiden psykoterapia jatkuu. ”Jonnen” ja ”Eliaksen” kohdalla työskentely tulee kestämään jonkin aikaa ohjelman päätyttyä. Pitkää jatkotukea tuskin tarvitaan. ”Kallen” kohdalla työskentely todennäköisesti tulee kestämään pidemmän aikaa ja on saanut jo vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksen työskentelyn jatkamiseksi.

Työskentelyn jatkamisesta on neuvoteltu erikseen kaikkien kolmen ohjelmassa mukana olleen henkilön kanssa. Kokevat edelleen tarvitsevänsä tukea, mutta tuen tarve on kahden kohdalla selvästi helpompi raamittaa. Tavoitteet työskentelylle ovat lähinnä itsesäätelyn vahvistaminen ja traumakokemusten läpikäyminen. ”Kallen” kohdalla kokemusmaailma on niin vahva ja osittain sisältää persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation piirteitä (EP) emotionaalisen persoonan näkökulmasta. Lisäksi on vielä arjen haasteita, jossa tarvitsee selvää vahvistusta. Traumaattisia muistoja ei vielä kokonaisuudessaan pysty käsittelemään ja työskentely keskittyykin resurssien vahvistamiseen.

Kaikki pitivät ohjelman läpikäymisestä. Erityisesti ”Jonne” ja ”Kalle” ovat toivoneet kehoharjoituksia myös jatkotyöskentelyyn.

4. TULOSTEN ARVIOINTI

Tutkimus oli kvalitatiivisesti toteutettu pienen otoksen seuranta. Ohjelma oli kohtalaisen tarkkaan strukturoitu. Kyselyt ja alkukartoitus toteutettiin kaikkien ohjelmaan osallistuneiden kanssa samankaltaisesti. Kehoharjoitteissa tuli variaatiota, johon oli jo ennalta varauduttu suurimmassa osassa harjoitteita. Ainoa harjoite, johon en ollut miettinyt valmiiksi vaihtoehtoa oli aktiivisen puolustautumisen järjestelmän tutkiminen ”seinää painamalla”. Kehoharjoitteet onnistuivat suunnitellulla tavalla, vaikka tahti toteutettiin jokaisen henkilökohtaisen sietokyvyn mukaisesti.

Suurin yllätys ja tuloksia vääristävä tekijä oli ”Eliaksen” kohdalla esille tullut luottamuspulla työskentelyn alussa, jonka takia ei ollut kyennyt vastaamaan totuudenmukaisesti kliinisen yleistilan arviointiin (CORE pitkä). Ongelmia ”Eliaksella” näkyi dissosiaatio arvioinnin (DES) yhteydessä, jota ei ahdistuksen takia pystynyt täyttämään. Käytännössä olisin voinut toteuttaa dissosiaatio arvioinnin muilla tavoin myöhemmin, mutta en katsonut tätä ”Eliaksen” tai tutkimuksen kannalta merkittävänä.

Merkittäviä tuloksia tutkimuksen kannalta olivat huomattava parannus itsesäätelyn parantumisessa ja oman olon havainnoinnin kehittymisessä. Riskipisteet olivat ”Jonnella” ja ”Kallella” laskeneet kliinisen yleistilan arvioinnissa (CORE pitkä) nolnaan, joka on tärkein yksittäinen tulos. ”Eliaksella” riskipisteet olivat kummassakin kliinisen yleistilan arvioinnissa (CORE pitkä) kyselyssä nolla, mutta tuloksen luotettavuus ”Eliaksen” kohdalla on huono hänen kerrottuaan valehdelleensa alkuarvioinnin kohdalla. Tietoisuus omasta tilasta lisääntyi kaikilla työskentelyyn osallistuneilla, joka osittain selitti

loppuarvioinnissa kohonneita kliinisen yleistilan arvioinnin pisteitä. Ongelmat olivat edelleen koholla ”Kallella”, jota osittain selitti läheisen menetys ohjelman aikana. Kysyttäessä ongelmien häiritsevyys oli kuitenkin laskenut ”Jonnella” ja ”Kallella”. ”Eliaksen” kohdalla en pysähtynyt tarkkailemaan niinkään kliinisen yleistilan arvioinnin (CORE pitkä) pisteytystä johtuen haasteista kyselyn täyttämässä. ”Elias” totesi kuitenkin näin: ”Olo on parantunut ja pidän itseäni ihan hyvänä, vaikka toiminkin välillä väärin. Osaan kuitenkin toimia paremmin kuin ennen.”

Toimintakyvyn parantumista tapahtui kaikilla ohjelmaan osallistuneilla. Kaikille tuli myös helppoutta itsesäätelyyn, joka oli havaittavissa käyntien aikana. Hengityksen säätely parani kaikilla, joka oli ensimmäisiä vakauttavia harjoitteita. ”Jonnen” ja ”Eliaksen” kohdalla tapahtui myös kehollista säätelyä kerronnan tueksi. ”Elias” löysi kerrontaa helpottaakseen oman säätelykeinonsa, joka oli kävely kerronnan aikana. ”Jonne” käytti pääosin hengitystä ja pieniä sisällyttämisharjoitteita jännityksen säätelyssä. ”Kalle” oli havainnut erityisesti automatkojen aikana ajattelua rauhoittavana tekijänä hengityksen ja huomionsiirron ympäristön muotoihin.

Tunnesäätely oli kehittynyt ohjelman aikana, joka näkyi häiriötekijöiden vähentymisessä arjen tasolla. Ongelmat olivat edelleen läsnä, mutta eivät aiheuttaneet samanlaisia reaktioita kuin aikaisemmin. Kehoviestintä oli rauhallisempaa, joka näkyi kaikilla kehollisen jännityksen vähentymisenä. ”Eliaksen” kohdalla asentojäykkyyden ja sanallisen rajaamisen kehittyminen oli myös havaittava muutos. Kaikilla oli kehittynyt kehon viestien sanoittaminen ja sitä kautta tunneyhteyksien vahvistuminen myös kognitiivisesti.

Luotettavuus ohjelman tuloksissa on suuntaa- antava tutkimusjoukon pienuuden vuoksi. Ohjelmassa havainnoitiin kliinisen arvioinnin, havaintojen ja toiminnallisuuden näkökulmasta potilaissa tapahtuvia muutoksia. Tavoitteena oli keskittyä harjoitteiden kautta itsesäätelytaitojen vahvistamiseen taitoharjoittelun kautta. Haasteellista tutkimuksen kannalta oli vuorovaikutteinen säätely ja sen merkitys. Jouduin havainnoimaan samalla oman vireystilan muutoksia ja havainnoimaan niitä vuorovaikutuksessa ohjelmaan osallistuvien henkilöiden kanssa. Näissä kohdin pyrin siihen, että pysähdyn kuulostelemaan herääviä aistimuksia peilaten niitä potilaan kanssa. Välillä tuli oivalluksia ja välillä tilanne ei herättänyt mitään uutta. Merkityksellistä terapeutin suhteen edistyessä oli se, että varsinkin ”Elias” ja ”Jonne” alkoivat käyttää myös tätä pysähtymisen mahdollisuutta, kun heissä heräsi jokin aistimus. ”Kallella” vahvistui enemmänkin oma pohdinta, joka näkyi sisäisenä säätelynä. Lopulta täytyy kuitenkin huomioda se, että paljon jäi myös havaitsematta. Osa havainnoista saattaa olla myös virheellisiä, vaikka havaintoja tuotiin yhteiseen

pohdintaan. Aiemmin nostamani haasteet ”Eliaksen” kanssa tehdyissä kyselyissä vaikuttavat samoin arvioinnin luotettavuuteen.

Lopuksi tulosten kannalta johtopäätöksenä voi todeta, että itsesäätelykyky ja sen myötä resilienssikyky on parantunut ohjelmaan osallistuneiden ihmisten kohdalla. Ongelmien häiritsevyys saattaa ajoittain lisääntyä potilaiden kohdalla, joilla on jo ennestään psyykkistä painolastia. Riskit kuitenkin vähenivät näillä kolmella henkilöllä, jotka osallistuivat ohjelmaan. Tuloksia tutkittaessa tämä kertoo mielestäni reaktiivisuuden vähenemisestä ja joustavuuden lisääntymisestä. Kehollisella tasolla tämä tarkoittaa impulssien hidastumisesta niin, että asiat ehditään viemään tietoiseen käsittelyyn ennen toimintaa.

Teorian, erityisesti polyvagaaliteorian kautta tarkasteltuna voi sanoa, että huomion pitäminen kehotasolla on auttanut vahvistamaan ventraalivaguksen toimintaa. Ventraalivaguksen toiminnan vahvistuessa on opittu itsesäätelytaitoja ja sitä kautta säätämään sen toimintaa. Kaikilla osallistuneilla tietoinen syvähengittäminen on rauhoittanut kehollisia toimintoja, jolloin kokemus uhkatilasta ja sitä myöten stressihormoni kortisolin tuotanto on vähentynyt. Terapiakäynneillä on aina tehty harjoitukset yhdessä, joka sosiaalisen liittymisen järjestelmän näkökulmasta on tukenut oppimista. Huomion siirto kehollisiin toimintoihin on vähentänyt myös dorsaalisen vaguksen ylivireystilaa, jolloin on pystytty havainnoimaan olotilojen viestiä tunne- ja tietotasolla. Terapiassa osoitettu empatia on tuonut työskentelyssä hyväksyvän ympäristön, jossa asioita on ollut helppo työstää. Hyväksytyksi tuleminen on juuri ventraalisen vaguksen aktivoinnin kannalta tärkeä, koska sitä kautta välittyy kokemus huolenpidosta ja rakastetuksi tulemisesta.

Tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden taustat ja kognitiiviset kyvyt olivat hyvin erityyppiset. Tästä huolimatta hyviä tuloksia tuli kaikilla henkilöillä. Ohjelma (LIITE 1) oli ehkä liiankin jäykästi strukturoitu, mutta näytti soveltuvan työskentelyssä mukana olleille. Tarkempia ja keskenään verrattavia tuloksia saavutettaisiin paremmin esimerkiksi samanlaisen traumataustan omaavilla henkilöillä. Otos oli nyt pieni ja heterogeeninen, vaikka kaikilla oli yhdistävänä tekijänä keholliset oireet.

Tulevaisuuden tutkimusongelmaksi nousee tarkempaan määrälliseen ja kontekstiin liittyvät seikat tutkimuksen jatkamisessa. Määrällisenä tutkimuksena kohderyhmän tulisi olla selvästi suurempi ja tutkimuksen toteutus ehkä hiukan kevyemmin strukturoitu. Kevyempi strukturointi mahdollistaisi neurologisesti häiriintyneiden ihmisten mukaan ottamista laajemmalla ja monipuolisemmalla

otannalla. Tähän liittyen voisi tarkkailla verrokkiryhmänä henkilöiden tuloksia, joilla ei ole neurologista häiriötä, jolloin saataisiin paremmin kartoitettua ohjelman soveltuvuutta. Tarkastelussa voisi tällöin olla psyykkisten häiriöiden ja neurologisten häiriöiden hoidon erityispiirteet. Neurologisten häiriöiden kohdalla voitaisiin tarkkailla myös komorbiditeettia häiriöiden esiintyvyydessä.

5. POHDINTA

Haluaisin sanoa, että olen päässyt jonkinlaiseen konsensukseen kaiken tämän tiedon kanssa, jonka olen saanut sekä teorian että käytännön kautta. Tosiasiassa ymmärrän vain paremmin sen, mitä en ymmärrä. Käytäntöön asetettuna hienot periaatteet ja suunnitelmat toteutuvat välillä yllättävillä tavoilla. Ennustettavuus katoaa siinä kohtaa, jossa suhde tulee merkitykselliseksi psykoterapeutin ja potilaan välillä. On jotenkin jopa lohduttavaa, että me psykoterapeuteiksi valmistuvat tulemme olemaan keskeneräisiä. Eräässä koulutuksen aikaisessa työnohjauksessa nousi esille käyntikerta, jossa olin epäonnistunut protokollan käytössä, koska paperit olivat kateissa. Työnohjaajani kommentti rauhoitti kuitenkin mieleni: ”Potilas onnistui sinusta huolimatta”. Näinhän se on. Suhde on merkityksellinen ja hyvin resursoitu henkilö pystyy prosessoimaan asioita, vaikka aina ei mentäisikään protokollan mukaan.

Tästä päästään omaan työhöni ja minkä takia valitsin tämän lähestymistavan traumapsykoterapiaan. Ihmisen saapuessa hakemaan apua resurssit ovat yleensä vajavaiset ratkaista ongelmia yksin tai yhdessä. Terapian tavoitteet saattavat joskus olla myös rajatut, jolloin kaikkia ongelmia kaikilla ihmisillä ei päästä ratkaisemaan loppuun asti. Parhaimmillaan kuitenkin psykoterapiassa saadut resurssit voivat auttaa ratkaisemaan pieniä ongelmia ja havainnoimaan milloin olo muuttuu sietämättömäksi. Näin riittävästi resursoitu henkilö osaa tarvittaessa myös hakea tukea siihen asiaan tai olotilaan, joka nostaa häiritsevyyttä sietämättömäksi.

Kokonaisuudessaan tutustuminen ihmisen kehollisuuteen ja sitä kautta sensitiivisyyteen aistimaailman kanssa on ollut antoisaa. Keho on tärkeä myös siinä, miten kehitymme. Ajatus siitä, että kaikki ikävaiheet ovat sisällämme saattaa tuntua kaoottiselta, mutta on hyvin konkreettinen rakentumisen näkökulmasta. Lapsuuden varhaiset vuodet toimivat kivijalkana, jolle rakennamme. Menneisyys ei ole kuitenkaan varma ennuste siitä minkälaisia meistä tulee. Porgesin polyvagaaliteoria tukee sitä, että voimme saada korjaavia kokemuksia myös lapsuuden jälkeen. Myelinisaatio voi myös korjaantua, vaikka kaltoinkohtelua olisi tapahtunut hyvin varhain lapsuudessa. Ajatuksena tämä voi olla lohduttava, mutta työskentely näiden asioiden kanssa voi olla hyvin vaikea ja pitkä prosessi. Tämä saa kuitenkin hämmästelemään sitä, kuinka hienosyinen ja monimutkainen hermojärjestelmä ihmiselle on rakentunut. Työskentely ei tapahdu vain aivotasolla vaan myös hermostollisessa kokonaisuudessa. Itsesäätelyn kannalta niin sanotun kehomielen hyödyntäminen työskentelyssä on tärkeä ottaa huomioon.

Kouluttautuessamme traumapsykoterapeuteiksi keskeisessä roolissa on ollut havainnointi. Olemme havainnoineet laaja- alaisesti sekä ihmisen mielen sisältöjä että kehoviestintää. Häiriöt ovat näyttäytyneet työskentelyssä kehon ja mielen välisenä ristiriitana. Koenkin, että oma prosessini ja yleisesti ottaen tekemäni psykoterapeuttinen työ on keskittynyt ristiriitojen havainnoimiseen. Purkaminen on tapahtunut vuorovaikutteisesti ja siinä keholla on ollut yleensä jokin viesti, joka ei ole tullut kuulluksi. Välillä viesti on ollut tuntemus tai aistimus, kun taas välillä se on tullut sanoiksi asti. Jokainen vastaanotolle tullut on jollain tasolla päässyt käsiksi keholliseen työskentelyyn. Tämä on voinut olla oman olon havainnointia jossain vaiheessa tai sitten keho- orientoituneempaa työskentelyä, jossa keholle on annettu ääni. Tämä on tuntunut koulutuksen alusta asti hyvin informoivalta ja samalla lempeältä tavalta kohdata ihminen. Erityisesti se, että ihminen saa itse säädellä sitä, miten edetään.

Koulutuksen alussa ymmärrystä lisäsi se, että sai tarkkailla esimerkkien kautta työskentelyn sisältöä. Nyt kun on itse päässyt tekemään ja teoria on alkanut muuttumaan eläväksi esimerkit nousevat niistä ihmisistä, joiden kanssa työskentelyä tehdään. Jokaisen ihmisen ollessa erilainen, on työskentelyinkin oltava yksilöllisesti räätälöityä. Tämän takia Porgesin polyvagaaliteoria ja yleisesti ottaen aivojen toiminta häiriötiloissa on herättänyt kiinnostusta. Tutkimusmatka ihmisen psykofyysiseen ymmärtämiseen on vasta aluillaan. Olen löytänyt siitä kuitenkin sen palasen koulutuksen ja opinnäytetyön pohjalta, jonka tutkimista haluan jatkaa.

*”Ymmärtää toista, aistia toista
 ymmärtää itseä, aistia itseä
 ymmärtää yhdessä, aistia yhdessä
 ymmärtää ja odottaa, olla puolellasi
 ymmärtää hidastaa, olen tässä
 olla paikallaan, joustaa ja taipua
 kun ymmärrys ei riitä
 OPITAAN!”*

Jussi Pennanen

LÄHDELUETTELO

- Carter, R. (2016) Aivot. Kuvitettu opas aivojen rakenteeseen, toimintaan ja häiriöihin. Readme.fi. Helsinki.
- Cozolino, L. (2014). The Neuroscience of Human Relationships. 2nd edition. Attachment and the Developing Social Brain. W.W. Norton & Company. New York. London.
- Hart, O. Nijenhuis, E. & Steele, K. (2009). Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Copyright 2006. Traumaterapiakeskus. Kalevaprint Oy. Oulu.
- Heller, L. & LaPierre, A. (2012). Healing Developmental Trauma. How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image and the Capacity for Relationship. North Atlantic Books. Berkeley, California.
- Herman, J. (1992). Trauma and recovery. The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror. BasicBooks. A Division of HarperCollinsPublishers. USA.
- Jehkonen, Saunamäki, Paavola, Viikki. Toim. (2018). Kliininen neuropsykologia. Livonia Print, Riika. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Kain, K ja Terrell, S. (2018). Nurturing resilience. Helping clients move forward from developmental trauma. An integrative somatic approach. North Atlantic Books. Berkeley, California.
- Kolk, B. (2018). Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen mielen ja kehon avulla. Viisas elämä Oy. Tallinna Raamatutrükikoja OÜ.
- Kranowitz, C. (2015). 4. uudistettu painos. Tahatonta tohellusta. Sensorisen integraation häiriö lapsen arkielämässä. PS-Kustannus. Bookwell Oy, Juva.
- Ogden, P. Minton, K. & Pain, C. (2009). Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Kalevaprint Oy. Oulu. Copyright. Ogden, P. 2006. W.W. Norton & Company, inc.

Porges, S. (2011). The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. W.W. Norton & Company. London. New York.

Steele, K. Boon, S. & Hart, O. (2017). Traumaperäisen dissosiaation hoito. Käytännöllinen integroiva lähestymistapa. Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry. Helsinki.

Virta, M. Salakari, A. (2012). ADHD-aikuisen selviytymisopas – tutkittua tietoa ja käytännön vinkkejä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Artikkelit:

Damasio, A. Grabowski, T. Bechara, A. & Damasio, H. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. Nature neuroscience. Vol. 3, No. 10, oct. 2000.
<http://web.missouri.edu/~segerti/1050H/docs/DamasioEmotions.pdf>

Schwartz, R. (2001). Internal Family Systems Model. Trailheads Publications Oak Park, Illinois.
<https://static1.squarespace.com/static/5205b3d1e4b08b89e5d18f2a/t/5493746be4b0980f00a35dfb/1418949739064/IFS+First+Two+Chapters.pdf>

LIITE 1

Sensomotorinen taitoharjoittelu traumapsykoterapiassa,**20 kerran ohjelma**

1. Ensimmäinen kertakäynti haastattelu. CORE-pitkä.
2. Arviointikerta ACE ja A-DES
3. Arviointikerta S.D.Q.-20
4. Arviointikerta TAQ
5. Arviointikerta jos kesken, muuten tutustuminen keho-orientaatioon. ORS
6. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, vakauttava hengitys. ORS
7. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, vakauttava hengitys/impulssiaktivaation rauhoittaminen. Turvapaikka. Mielikuva tai piirtäminen. ORS
8. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, huomion siirto ympäristöön. Havaintoharjoitukset ja maadoittuminen. ORS
9. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, vireystilan tarkastelu, vireystilan kohottaminen. Sormen nostaminen, käden puristelu, venyttely. ORS
10. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, vireystilan kohottaminen, autonomisen hermoston säätely. Syljen erittäminen, hengittämisessä kehon liikkeiden havainnointi ja sen muutokset. ORS
11. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, läsnäolon harjoittelu, turvaavia keinoja. Liikennevalot, käden nostaminen. Turvallinen aika esimerkiksi viikko sitten tapahtunut vaikea tilanne. Kerronta tästä päivästä käsin. Oman kehon havainnointi. ORS
12. Kehoharjoitteet itsesääätelykeinot, läsnäolon harjoittelu (lähellä tapahtunut vaikea tilanne, tästä päivästä käsin rauhoittaminen), empatiaharjoitteet esim. perhoshalaus. ORS
13. Kehoharjoitteet omien rajojen tutkiminen, rajojen löytäminen. Piirtäminen, rajojen asettaminen esimerkiksi narulla. ORS
14. Kehoharjoitteet omien rajojen tutkiminen, rajojen tutkiminen. Kohti kävely, kolikkoharjoitus. ORS
15. Kehoharjoitteet, rajojen vahvistaminen. Sisällyttämisharjoitus, keskilinjan tutkiminen (Harkin). ORS
16. Kehoharjoitteet, rajojen vahvistaminen, aktiivisten puolustusjärjestelmien aktivoiminen. Seinän painaminen (Harkin). ORS
17. Opitun tutkiminen, toimivien harjoitteiden uudelleen läpikäyminen. ORS
18. Toimivien harjoitteiden läpikäyminen, psykoedukaatio. ORS
19. Psykoedukaatio, mahdollinen integraation tutkiminen. ORS
20. Ohjelman päättäminen, jatkosuunnitelman tekeminen ja/tai työskentelyn päätös. CORE-pitkä.

LIITE 2

TUTKIMUSLOMAKE

Lomakkeen tiedot käsitellään nimettömänä. Lomakkeen tiedot ovat kuitenkin tärkeitä omahoidon kannalta, jonka takia lomake jätetään käyttöön yksilöhoitoa varten. Terapeutti täyttää lomakkeen yhdessä hoidettavan kanssa. Tarkempi suostumus tutkimukseen osallistumiseen pyydetään erillisessä sopimuksessa.

Nimi: _____ Ikä: _____ Sukupuoli: _____

Somaattiset sairaudet:

Psyykkiset sairaudet:

Sosiaalinen läheisverkosto ja ammatillinen verkosto:

ARVIOINTIPISTEET:

CORE-pitkä(alkuarvio): _____ Huomioitavaa: _____

CORE-pitkä(loppuarvio): _____ Huomioitavaa: _____

ACE: _____ Huomioitavaa: _____

A-DES: _____ Huomioitavaa: _____

S.D.Q.-20 huomioita: _____

TAQ huomioita: _____

Huomiot ORS- muutosarviointiasteikon käytöstä itsearviointin tueksi:

Huomiot itsesäätelyn, synteesin ja integraation osalta:

Potilaan oma yleisarvio nykytilasta vs. lähtötilanteeseen:

Terapeutin kokonaisarvio nykytilasta vs. lähtötilanteeseen:

Muuta huomioitavaa:
