

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Lausmaa, M.; Holopainen, R.

Title: Hyvän vuorovaikutuksen ja terapiasuhteen merkitys fysioterapiassa

Year: 2018

Version: Accepted version (Final draft)

Copyright: © Kirjoittaja & SOMTY, 2018.

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Lausmaa, M., & Holopainen, R. (2018). Hyvän vuorovaikutuksen ja terapiasuhteen merkitys fysioterapiassa. Manuaali : Suomen ortopedisen manuaalisen terapian yhdistyksen jäsenlehti, 2018(1).

Hyvän vuorovaikutuksen ja terapiasuhteen merkitys fysioterapiassa

Primum non nocere. Jo Hippokrates aikoinaan totesi, että lääkärin yksi tärkeimmistä tehtävistä on olla aiheuttamatta vahinkoa potilaalle. Iatrogeeninen kipu tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen potilaalle tuottamaa haittaa. Fyysinen haitta esimerkiksi epäonnistuneesta leikkauksesta johtuen on jotain, minkä helposti ymmärrämme. Yhtä lailla haitalla, jonka voimme aiheuttaa vuorovaikutuksen välityksellä, voi olla suuret seuraukset. Toisaalta käyttämällä vuorovaikutusta viisaasti voidaan mahdollisesti parantaa hoitotulosta ja terapiasuhdetta, jolloin vaikutamme positiivisesti asiakkaan tilanteeseen.

Vuorovaikutuksen merkitystä terapiaprosessissa ei voida liikaa korostaa. Kaikki, mitä asiakkaan kanssa teemme, tapahtuu vuorovaikutuksen välityksellä. Näin ollen onnistunut vuorovaikutus voi olla avain menestykseen tai pahimmassa tapauksessa epäonnistunut vuorovaikutus pahentaa asiakkaan ongelmaa. Vuorovaikutus on taito, joka vaatii yhtä lailla harjoittelua, kuin esimerkiksi manuaaliset taidot. Saatamme kuitenkin herkästi jättää sen huomiotta, jos emme ymmärrä sen merkitystä. Vuorovaikutukseen voi olla helppo olla kiinnittämättä huomiota, sillä se tapahtuu ikään kuin itsestään. Voimme kuitenkin parantaa sitä perehtymällä tutkittuun tietoon sen merkityksestä, opettelemalla siihen liittyvien menetelmien käyttöä sekä havainnoimalla kriittisesti omaa ja toisten vuorovaikutusta.

Vuorovaikutuksen plasebo- ja nosebovaikutukset

Aiemmin plaseboa pidettiin vain merkityksettömänä lumehoitona, jota käytettiin kontrolloiduissa kliinisissä tutkimuksissa. Tutkimuksissa tutkittavaa lääkettä tai terapiamuotoa verrattiin lumelääkkeeseen tai -hoitoon eli plaseboon, jolla ei ajateltu olevan vaikutusta tutkittavaan vaivaan. Sitten olemme oppineet tutkimuksista, että plasebo on

todellinen kipukokemusta säätelevä ilmiö. Se perustuu erilaisiin psykologisiin ilmiöihin, jotka voidaan todentaa neurobiologisesti (1). Plasebovaikutus on yhdistetty esimerkiksi kehon omien opioidien ja kannabinoidien kipua säätelevään toimintaan (2). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi havaitsi, että plasebolla on usein samanlainen vaikuttavuus, kuin varsinaisella hoidollakin. Plaseboa suositellaankin käytettäväksi yhtenä osana hoitokokonaisuutta (3).

Plasebolla tarkoitetaan psykologista muutosta, jonka saa aikaiseksi symbolinen merkitys, jonka henkilö antaa jollekin tapahtumalle tai esineelle (4). On huomattu, että plasebo ei ole yksittäinen ilmiö, vaan se koostuu useista eri ilmiöistä, jotka voivat toimia eri tavoilla. Näitä ovat muun muassa: merkitysvaikutus, ehdollistuminen ja oppiminen (kts. tämän lehden toinen artikkeli), muisti, motivaatio, palkitseminen sekä ahdistuksen vähentäminen. Fysioterapiaa ei voi antaa asiakkaalle tyhjiössä, jossa poistaisimme näiden psykologisten tekijöiden vaikutuksen. Terapian tulos on siis monen asian summa, ja fysioterapeutin antamat harjoitusliikkeet tai kudoksen käsittely ovat vain yksi osa sitä. Muita vaikuttavia tekijöitä voivat olla terapiasuhde ja luottamus, terapeutin sanat ja käyttäytyminen, ympäristö, jossa hoito annetaan sekä asiakkaan aiemmat kokemukset ja odotukset. Yksi tärkeä asia selvittää heti hoidon aluksi onkin, mitkä ovat asiakkaan toiveet ja odotukset fysioterapiaa kohtaan.

Hoidon merkitysvaikutusta (expectation), mikä viittaa odotusten vaikutukseen hoidon tuloksellisuudessa, on käytetty laajasti erityisesti lääketutkimuksissa. Näissä tutkimuksissa on osoitettu, miten sanallinen viestintä voi muuttaa aktiivisen hoidon tai plasebohoidon tulosta. Esimerkiksi, kun tutkittavalle henkilölle annetaan kalkkitabletti ja sanallisesti kerrotaan, että tämä on erittäin tehokas kipulääke, lopputuloksena voi olla, että henkilön kipu lievittyy. Samalla tavalla voimme myös sanallisesti kumota aktiivisen lääkkeen (jonka tiedetään

vaikuttavan neurobiologisesti kivun säätelyyn) vaikutusta kipuun. Kun annamme asiakkaalle hoitoa vaikkapa liikeharjoitteiden tai manuaalisen terapian muodossa, se mitä sanallisesti kommunikoimme, voi siis vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Joskus jopa enemmän, kuin annettu hoito.

Nosebolla tarkoitetaan päinvastaista asiaa, kuin plasebolla. Se on plasebo, joka annetaan negatiivisessa psykososiaalisessa viitekehyksessä ja se voi aiheuttaa negatiivisia tai ei toivottuja vaikutuksia. Esimerkiksi, jos asiakkaalla on negatiivinen odotusarvo terapiaintervention tehokkuudesta, se voi todellisuudessa laskea tämän intervention tuloksellisuutta. Nosebolla voidaan myös kumota aktiivisen hoidon kipua alentavaa vaikutusta.

Noseboa vahvistavia tekijöitä ovat pelkoa ja uhkaa luova kieli (*“Jos kuormitat liikaa, voit aiheuttaa lisää vauriota rakenteillesi.”*), asiakkaan omat negatiiviset odotukset (*“Tämä ei todennäköisesti toimi, mutta voidaanhan sitä yrittää.”*), fysioterapeutin omat odotukset (*“Saattaahan tästä olla jotakin hyötyä, mutta ei ole mitään näyttöä.”*) sekä väärinymmärrykset lääketieteellisen jargonin takia (*“Runsaasti degeneratiivisia muutoksia.”*) Myös tiedostamattomasti muodostunut muistikuva aiemmasta epämieluisasta kohtaamisesta terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, tai havainto hoidon kivuliaisuudesta toiselle (esim. asiakas odotushuoneessa ja hoituhuoneesta kuuluu huutoa), voivat heikentää hoidon vaikutusta.

Plasebon hyödyntämistä ja nosebon välttämistä pidetään lupaavana kliinisenä strategiana perinteisten hoitomenetelmien tukena käytettäväksi. Aiheeseen liittyy vahvasti myös eettisiä kysymyksiä, jotka ovat viime aikoina nousseet esille. On eettisesti oikein käyttää plaseboa esimerkiksi hyvän terapiasuhteen ja positiivisten hoidon odotusten muodossa, mutta asiakkaan huijaaminen ei tietysti ole oikein. Terapiasuhte on yksi iso osatekijä plasebovaikutuksen taustalla.

Hyvä terapiasuhte

Toimivan ja luottamuksellisen terapiasuhteen rakentaminen on keskeinen osa fysioterapiaa, sekä kriittinen tekijä hoidon onnistumisen kannalta. Vahva terapiasuhte on pedagoginen prosessi, joka tarkoittaa molemminpuolista kunnioitusta, luottamusta ja yhteistä ymmärrystä (5). Jos esimerkiksi haluamme vaikuttaa asiakkaan uskomuksiin tai pelko-välttämiskäyttäytymiseen, on terapiasuhteen oltava hyvä. Terapiasuhte fysioterapiassa eroaa todennäköisesti jonkin verran monen muun ammattikunnan vastaavasta ammattilais-asiakassuhteesta, sillä fysioterapia on usein luonteeltaan prosessimaista ja koskemme asiakasta tutkiessamme ja hoitaessamme häntä. Vahva, yhteistyöhön perustuva ja toimiva terapiasuhte asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä voi vaikuttaa positiivisesti hoitotuloksiin, kuten oireiden voimakkuuteen, terveydentilaan ja hoitotyytyväisyyteen (6). Lisäksi se voi parantaa koettua hoidon vaikuttavuutta (7). Tuoreessa terapiasuhdetta koskevassa systemaattisessa katsauksessa ne tutkimukset, joissa fysioterapeutit olivat saaneet koulutusta terapiasuhteen muodostamisesta, saivat positiivisia tuloksia asiakkaiden kivun suhteen, kun taas tutkimuksissa, joissa fysioterapeutteja ei oltu koulutettu, terapiasuhte ei näyttänyt olevan merkitsevä tekijä kivun lievittämisessä (8).

Toimintatavat, jotka edistävät asiakkaan osallisuutta ja osallistumista hoitoon ovat yhteydessä positiiviseen terapiasuhteeseen. Erityisesti asiakaskeskeiset strategiat, kuten aktiivinen kuunteleminen ja kysyminen sekä asiakkaan tunneilmaisuihin liittyvä reflektointi voivat olla hyödyllisiä terapiasuhteen vahvistamisessa (9). Yksi onnistuneen terapiasuhteen ainesosa on empatia. Se onkin tunnistettu tärkeäksi osaksi pitkittyneen kivun hoitoa, ja se on yhteydessä parempaan terveydentilaan. Empaattinen vuorovaikutus kannustaa asiakkaita puhumaan kivustaan, ja huolehtiva asenne lisää luottamusta ja kannustaa asiakkaita aktiivisiksi omassa hoidossaan (10). Tämä edellyttää ammattilaiselta kykyä tarkastella asioita asiakkaan näkökulmasta käsin, hänen 'linssiensä' läpi katsottuna. Tärkeää asiakkaille on myös kokemus siitä, että ammattilainen uskoo, kuinka kivuliaita he ovat (11).

Apuna terapiasuhteen rakentamisessa voidaan käyttää mm. motivoivan haastattelun menetelmää, jota luonnehtii avoin, refleктоiva, empaattinen ja validoiva kommunikaatio. Sokraattinen dialogi sopii hyvin yhteen motivoivan haastattelun käytön kanssa. Sokraattisessa dialogissa terapeutti aktivoi asiakkaan ajatusprosesseja naivisti kysymällä hänen käsityksistään ja mahdollisista strategioista, joilla voidaan parantaa hänen terveyttään (12). Kun motivoiva haastattelu yhdistetään fysioterapiaan, se mahdollisesti parantaa hoitotuloksia alaselkäkipuisilla (13). Tavoitteena on ohjata asiakasta ja edistää hänen ongelmanratkaisutaitojaan niin, että hän itse oivaltaa ratkaisun ongelmiinsa (esim. uskomusten ja käyttäytymismallien muuttaminen kokemuksellisen oppimisen avulla (kts. kirjoittajien toinen artikkeli tässä lehdessä). Se, että asiakas oivaltaa itse, voi olla perinteistä tiedon kaatamisen avulla opettamista tehokkaampi tapa toiminnan muuttamisessa (14). Motivoivassa haastattelussa panostetaan avoimiin kysymyksiin, positiivisen käyttäytymisen vahvistamiseen, refleктоivaan kysymiseen ja yhteenvetojen tekemiseen. Usein etenkin silloin, kun meillä on kiire, alamme kysymään enemmän suljettuja kysymyksiä, jotka voivat sulkea

helposti ovia emmekä saa tarpeeksi laajasti tietoa asiakkaalta. Asiakkaan omien sanojen käyttö luo myös kokemusta kuulluksi tulemisesta. Jos asiakas esimerkiksi puhuu juilimisesta ja fysioterapeutti särystä, voi asiakas kokea, että häntä ei ymmärretä.

Asiakkaiden kokemuksia fysioterapiasta kysyttäessä on käynyt ilmi, että meillä on paljon kehitettävää vuorovaikutustaidoissamme. Tutkimusten mukaan fysioterapeuteilla on joskus vaikeuksia kuunnella ja ymmärtää asiakkaan näkökulmaa, kuten uskomuksia kivun syistä, tulevaisuutta koskevia huolia tai asiakkaan odotuksia. Asiakkaan rooli on tehdä annetut harjoitteet ja noudattaa ohjeita (15). **Hillerin** ja kumppaneiden tutkimuksessa havaittiin, että fysioterapeutit puhuivat kovemmalla äänellä kuin asiakkaat, kysyivät vain harvoin avoimia kysymyksiä, ja jos kysyivät, niin niitä seurasi usein suljettu kysymys (16). Fysioterapeutit myös keskeyttivät usein asiakkaan puheen sekä dominoivat päätöksentekoa asettamalla tavoitteita asiakkaille, joihin asiakkaat passiivisesti yhtyivät. Useissa tutkimuksissa on noussut esiin asiakkaiden kokemuksia siitä, että heitä ei uskota tai oteta tosissaan (17). Kun asiakas taas kokee tulleen kohdatuksi kunnioittavasti, se voi helpottaa kuntoutusprosessia merkittävästi.

Kaikilla fysioterapeuteilla on varmasti kokemuksia siitä, kuinka viestimme ei mene perille asiakkaalle. Onkin sanottu, että jopa 80% vastaanotolla annetusta lääketieteellisestä informaatiosta unohtuu ja puolet siitä, mitä muistetaan, tulkitaan väärin. Olemme kaikki alttiita valitsemaan meille annetusta tiedosta sen, mikä parhaiten sopii meidän ajatusmaailmaamme. Näin ollen asiakas voi painaa muistiinsa irrallisia asioita siitä, mitä olemme hänelle kertoneet ja käyttää näitä omassa mielessään tavalla, jota emme ole tarkoittaneet. Onkin hyvä tarkistaa, onko asiakas ymmärtänyt asian siten, kuin luulemme, että

hänelle olemme kertoneet (*“Jos sinulta nyt kysyttäisiin, mistä kipusi johtuu, niin mitä kertoisit?”*).

Tiedetään, että katastrofointi ja masentuneisuus ovat yhteydessä siihen, että biopsykososiaalista viestiä ei oteta vastaan, ja tällöin toimintakyvyn haitan ja huonomman hoitotyytyväisyyden riski kasvaa. Myös haitalliset uskomukset ja negatiiviset tunteet vaikuttavat tiedon ymmärtämiseen hoitotilanteessa (18). Tärkeää onkin tarkistaa asiakkaan ymmärrystä esimerkiksi refleктоimalla tai yhteenvetoja tekemällä, jotta vältetään väärinkäsityksiltä. Yhteenvedot myös osoittavat asiakkaalle, että olemme kuunnelleet hänen kertomaansa, sekä voivat ohjata keskustelua ja haastaa asiakasta refleктоimaan omaa tilannettaan syvällisemmin. Avoin, luottamuksellinen ja tuomitsematon terapiasuhde lisää hoitoon sitoutumista luoden ilmapiirin, jossa asiakas uskaltaa haastaa terapeutin selitykset. Myöskin kyseenalaistaminen ja keskustelu auttavat vähentämään väärinkäsityksiä, ja sitä kautta hyväksymään uudet selitysmallit (19). Validoivalla vuorovaikutuksella voidaan vähentää katastrofointia ja siten väärin muistikuvien syntymistä (20).

Validoiva vuorovaikutus

Validointi on puhetta, joka tunnistaa asiakkaan kokemukset todellisina. Validoinnin avulla ilmaistaan, että asiakas on tullut ymmärretyksi ja hyväksytään hänen kuvaus tunteistaan, ajatuksistaan ja toiminnastaan. Näin asiakas kokee tulleensa kuulluksi ja ymmärretyksi. Se ei tarkoita samaa mieltä olemista, vaan sitä, että hyväksytään asiakkaan mielipiteet ja pystytään katsomaan asiaa toisen näkökulmasta. Invalidoinnilla puolestaan tarkoitetaan henkilön ajatusten, tunteiden ja kokemusten hylkäämistä, ohittamista tai vääriksi ja oudoiksi tuomitsemista (21). Stressaavissa tilanteissa ihmiset, joita invalidoidaan eivät sopeudu tilanteeseen, vaan pysyvät psykologisessa ja emotionaalisessa ylivireystilassa, kun taas ne,

joita validoidaan sopeutuvat tilanteeseen ja rauhoittuvat (22). Tämä voi olla erityisen tärkeää pitkittyneistä kivuista kärsivien asiakkaiden kanssa, joiden autonomisen hermoston toiminta voi olla yliaktiivista. Kommunikaation validoituutta tärkeämpää saattaa olla invalidoivan puheen välttäminen. Meidän kannattaa siis ensin opetella tunnistamaan vuorovaikutuksestamme invalidoivat viestit ja pyrkiä muuttamaan ne vähintäänkin neutraaleiksi (23). (TAULUKKO 1.)

Hoitosuosituksissa suositellaan usein asiakkaan vakuuttamista hänen oireidensa hyvälaatuisuudesta (reassurance), kun vakavaan syyhyn viittaavia oireita ei ole. Suosituksissa ei kuitenkaan kerrota, miten tämä tulisi käytännössä toteuttaa. Vakuuttelun tarkoituksena on vähentää huolta, pelkoa ja kipuun liittyvää stressiä. Tämä ei ole kuitenkaan niin yksinkertaista ja voikin käydä niin, että vakuuttelun seurauksena huoli jopa lisääntyy tai tarpeeton kipukäyttäytyminen vahvistuu ja hoitoon sitoutuminen heikkenee. Vakuuttelu ei siis välttämättä vähennä negatiivisia tunteita, vaan asiakas voi kokea, että hänen oireitaan ja kärsimystään ei oteta vakavasti. Tällöin vakuuttelu voidaan kokea invalidoivana. Terapiasuhteen kannalta on erittäin haitallista, jos asiakkaalle muodostuu kuva, että fysioterapeutti ei usko hänen kokemukseensa tai uskoo hänen olevan väärässä ja saa hänet tuntemaan itsensä tyhmäksi. Uskomukset ovat usein juurtuneet hyvin tiukkaan ja vastakkainasetteluun lähteminen vie yhteistyön helposti alamäkeen. Jos kohtaamme vastarintaa, on parempi yrittää vaihtaa strategiaa ja palata asiaan myöhemmin toista kautta. Päädymme helposti "kyllä, mutta" -kierteeseen, jossa asetumme toisiamme vastaan emmekä pääse asiassa eteenpäin. Tällöin luottamusta ei synny. Asiakkaan uskomuksia muutettaessa emme ikinä kiellä hänen omaa näkemystään asiasta, vaan annamme vaihtoehdoisen selityksen, joka meidän tulee perustella niin hyvin, että asiakas on valmis luopumaan omasta uskomuksestaan (kts. kirjoittajien toinen artikkeli tässä lehdessä).

Ei negatiivisia viestejä

Sanoilla, mitä käytämme voi olla suuri vaikutus siihen, miten asiakas tilanteensa käsittää ja tämä voi vaikuttaa merkittävästi valintoihin, joita hän tekee. Käyttämämme kieli voi olla vahva positiivinen vaikuttaja, mutta yhtä lailla voimme saada sillä aikaan suurta vahinkoa. Esimerkiksi hyvää tarkoittaen sanottu *“Liiku kivun sallimissa rajoissa.”* voi tarkoittaa pelokkaalle asiakkaalle sitä, ettei hän liiku ollenkaan, mikä puolestaan voi johtaa kivun pitkittymiseen. Kirjallisuudessa onkin pohdittu, mikä osa pitkittyneistä kipuongelmista voisikin olla ainakin osittain terveydenhuollon ammattilaisten aiheuttamia. Haasteena on hoitaa asiakkaita niin, että tuetaan positiivisia uskomuksia kivusta ja sen tulevista seurauksista, sekä kärsivällisyyden säilyttämistä kivun jatkuessa (24).

Vaaraa vahvistavien negatiivisten viestien tunnistaminen ja vähentäminen on siis ensiarvoisen tärkeää. Jokainen meistä on varmasti kohdannut asiakkaita, joiden uskomusten ja toimintamallien taustalta paljastuu terveydenhuollon ammattilaisen viestit. Tällaisessa tilanteessa joudumme tekemään parhaamme, että saamme muutettua asiakkaan uskomuksia positiivisempaan ja palautettua hänen luottamuksensa kehoaan kohtaan. Varaa vahvistavia viestejä haluamme fysioterapiatilanteessa välttää. (TAULUKKO 2.) Kivusta ja asiakkaan tilanteesta tulee ennemmin puhua turvallisuutta luovalla kielellä, joka tukee biopsykososiaalista ymmärrystä kivusta ja vahvistaa asiakkaan luottamusta kehoonsa. (TAULUKKO 3.)

Sanallisen viestinnän lisäksi vuorovaikutustilanne koostuu aina myös sanattomasta - nonverbaalisesta viestinnästä. Nonverbaalisen kehollisen viestinnän osuus voi olla hyvin suuri. Esimerkiksi, kun asiakasta altistetaan hänen pelkäämilleen toiminnoille, on

ensiarvoisen tärkeää, että fysioterapeutista huokuu rauhallisuus, varmuus ja luottamus. Jos sanallinen ja kehollinen viesti ovat keskenään ristiriidassa, olemme taipuvaisia tulkitsemaan viestin kehonkielen mukaan. Myös se, miten tulkitsemme asiakkaan sanatonta viestintää, jonka yksi osa on kipukäyttäytyminen, on merkityksellistä. Tärkeää on se, miten sanatonta viestintää yritetään tulkita toimivan dialogin avulla niin, että ymmärtäisimme asiakkaan viestit ja niiden merkityksen oikein (25).

Haastammekin kaikki fysioterapeutit tarkastelemaan omaa vuorovaikutustaan. Voit esimerkiksi nauhoittaa lyhyen osion terapiatilanteestasi tai pyydä kollegaa seuraamaan työskentelyäsi ja antaa hänelle tarkkailutehtävä. Kysytkö enemmän avoimia vai suljettuja kysymyksiä? Luotko turvallisuuden tunnetta vai lisäätkö huolta ja pelkoa sanavalinnoillasi? Miten asiakas reagoi kehon kielellä siihen, mitä sanot? Kuunteletko loppuun asti vai keskeytätkö asiakkaasi usein? Miten sinusta näkyy ulospäin, kun sinulla on kiireen tunne? Onko puheesi validoivaa vai invalidoivaa? Entä kehon kieli - vastaako se sanallista viestintääsi? Käytätkö asiakkaan omia sanoja? Varmistatko, että olet ymmärtänyt oikein ja asiakas on ymmärtänyt sinua? Huomioitko asiakkaan odotukset ja mielipiteet? Minkälaisia ennakko-oletuksia kysymyksesi sisältävät?

Ohjeita hyvään vuorovaikutukseen

Kuuntele asiakkaan tarina – asiakaskeskeisyys -> anna aikaa

Empatia: ymmärrä asiakkaan huolet, uskomukset, pelot, motivaatio, tavoitteet, arvot

Peilaaminen eli samauttaminen, esim. asiakkaan omat sanat, tulkintojen tarkistaminen

Enemmän avoimia, kuin suljettuja kysymyksiä

Reflektiivinen kysyminen ja yhteenvetojen tekeminen

Jos kohtaat vastarintaa – vaihda strategiaa

Vahvista positiivista käyttäytymistä

Anna tunnustusta ja toivoa

Vuorovaikutus on itsessään hoitointerventio

LÄHDELUETTELO

- (1) Finniss DG et al. Placebo effects: Biological, clinical and ethical advances. *Lancet*. 2010;375(9715):686-96.
- (2) Colloca L et al. Understanding placebo and nocebo responses for pain management. *Current Pain and Headache Reports*. 2014;18(6):419.
- (3) Howick J et al. Are treatment more effective than placebos? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e62599.
- (4) Frisaldi E et al. Placebo and nocebo effects: A complex interplay between psychological factors and neurochemical networks. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2015;57:267-84.

- (5) Piirainen A. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. 2006. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207.
- (6) Hall A et al. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review. *Physical Therapy*. 2010;90(8):1099-2220.
- (7) Ferreira P et al. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*. 2013;93(4):470-8.
- (8) Taccolini Manzoni A et al. The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review, *Physiotherapy Theory and Practice*. 2018 (epub ahead of print).
- (9) Pinto R et al. Patient-centered communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 2012;58:77-87.
- (10) Matthias M et al. An expanded view of self-management: patients' perceptions of education and support in an intervention for chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine*. 2012;13:1018-28.
- (11) Laerum E et al. What is "the good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2006;338:255-62.

(12) Siemonsma P et al. The benefits of theory for clinical practice: Cognitive treatment for chronic low back pain patients as an illustrative example, *Disability & Rehabilitation*. 2008;30(17):1309-17.

(13) Vong S et al. Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011; 92:176-83.

(14) Nijs J et al. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*. 2013;18:96-102.

(15) Opsommer E et al. Tell me about your troubles: Description of patient-physiotherapist interaction during initial encounters. *Physiotherapy Research International*. 2014;19:205-11.

(16) Hiller A et al. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling*. 2015;98:1222–8.

(17) Holopainen R et al. From “non-encounters” to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*. 2018 (epub ahead of print).

(18) Overmeer T et al. What messages do patients remember? Relationships among patients' perceptions of physical therapists' messages, patient characteristics, satisfaction, and outcome. *Physical Therapy*. 2016; 96:275-83.

(19) Bunzli S et al. Patient perspectives on participation in cognitive functional therapy for chronic low back pain: A qualitative study. *Physical Therapy*. 2016;96(9):1397-407.

(20) Carstens J et al. Effects of validating communication on recall during a pain-task in healthy participants. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017;17:118-25.

(21) Linton S et al. Painfully reassuring? The effects of validation on emotions and adherence in a pain test. *European Journal of Pain*. 2012;16(4):592-9.

(22) Shenk C et al. The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2011;30(2):163-83.

(23) Greville-Harris M et al. Bad is more powerful than good: the nocebo response in medical consultations. *The American Journal of Medicine*. 2015;128(2):126-9.

(24) Lin I et al. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open*. 2013;3:e002654.

(25) Trenholm S et al. *Interpersonal Communication*. 2008. 6. painos. New York: Oxford University Press.

Mikko Lausmaa

ft OMT, OMT- kouluttaja

mikko.lausmaa@rokua.com

Riikka Holopainen

ft, TtM, väitöskirjatutkija

riikka.t.holopainen@student.jyu.fi