

Minna Häkli, Tony Järvinen, Tiina Simola

## Näkökulmia paniikkihäiriöön

Paniikkihäiriötä sairastavan kohtaaminen osteopaatin vastaanotolla

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti (AMK)

Osteopatian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

29.4.2013

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Minna Häkli, Tony Järvinen, Tiina Simola Näkökulmia paniikkihäiriöön - Paniikkihäiriötä sairastavan kohtaaminen osteopaatin vastaanotolla</p> <p>73 sivua + 10 liitettä 29.4.2013</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Osteopaatti (AMK)</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Osteopatian koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Osteopatia</p>
<p>Ohjaaja(t)</p>	<p>Pekka Paalasmaa, yliopettaja Sandra Rinne, lehtori</p>
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää paniikkihäiriötä sairastavien hyvinvointia Suomessa. Tietoa paniikkihäiriöstä, sitä sairastavan kohtaamisesta ja hoidosta kerättiin eri näkökulmista. Tarkoituksena oli saatujen tietojen perusteella laatia suositus siitä, mitä asioita on hyvä ottaa huomioon paniikkihäiriötä sairastavan henkilön kohtaamisessa osteopaatin vastaanotolla.</p> <p>Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa aiheeseen perehdyttiin kysymällä ammatissa toimivilta osteopaateilta sähköpostitse heidän kokemuksiaan paniikkihäiriötä sairastavien hoitamisesta. Tietoa paniikkihäiriöstä koottiin myös kirjallisuudesta. Tämän jälkeen haastateltiin kahta psykiatria ja yhtä psykologia, joilla kaikilla on runsaasti kokemusta paniikkihäiriötä sairastavien hoitamisesta. Lisäksi haastateltiin yhtä kokenutta osteopaattia ja kolmea paniikkihäiriötä sairastavaa henkilöä, joista kahta myös hoidettiin osteopaattisin menetelmin Metropolia ammattikorkeakoulun Positia-opetusyksikössä.</p> <p>Paniikkihäiriö on yksi ahdistuneisuushäiriöiden muoto, jonka kliininen kuva ja vaikeusaste vaihtelee ja siihen liittyy lähes aina yksi tai useampi muukin sairaus. Sille on tyypillistä itseään ylläpitävä ja vahvistava luonne, mikä syntyy sairastuneen pelosta saada hallitsematon paniikkikohtaus. Koska jokainen potilas on erilainen, häneen tulee suhtautua yksilöllisesti, ilman ennako-odotuksia. Osteopaatin rauhallinen olemus ja hyväksyvä asenne potilasta kohtaan luo turvallisen ja luotettavan ilmapiirin vuorovaikutukselle ja hoitotilanteeseen. Hoitotilan rauhallisuus ja aikataulujen noudattaminen sekä etukäteistiedot hoidosta lisäävät potilaan luottamusta. Paniikkihäiriötä sairastavaa hoidettaessa osteopaattiset hoitotekniikat on syytä pitää mahdollisimman kevyinä. Potilasta on hyvä rohkaista hakeutumaan keskusteluterapiaan, varsinkin jos manuaalinen hoito nostaa esiin voimakkaita reaktioita.</p> <p>Onnistuneen hoidon edellytyksenä on hoitohenkilökunnan taito kohdata potilas yksilöllisesti. Opinnäytetyössä mukana olleet potilaat kokivat hyötyneensä osteopaattisesta hoidosta, mutta johtopäätösten tekemiseksi hoidon vaikutuksesta paniikkihäiriöön tulisi tehdä laajempia kontrolloituja lisätutkimuksia.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>osteopatia, paniikkihäiriö, paniikkikohtaus, potilaan kohtaaminen</p>

Author(s) Title	Minna Häkli, Tony Järvinen, Tiina Simola Encountering a Patient with Panic Disorder at an Osteopathic Clinic
Number of Pages Date	73 pages + 10 appendices Spring 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructor(s)	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Sandra Rinne, Senior Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's Thesis was to gather information about panic disorder and reach better understanding of a patient with this condition. Moreover the aim of the study was to investigate what factors need to be taken into account when encountering a patient with panic disorder at an osteopathic clinic.</p> <p>The subject was mapped by sending an e-survey to practicing osteopaths about experiences in treating patients with panic disorder. Information was also gathered from literature and by interviewing three health care specialists, one experienced osteopath and three patients with panic disorder. Two of the patients were also treated with osteopathic methods at Positia student clinic at Metropolia University of Applied Sciences. Based on the experiences, a recommendation was made on encountering a patient with panic disorder.</p> <p>It was discovered that panic disorder is almost always combined with one or more other diseases. The most problematic feature seemed to be that the disorder sustains and reinforces itself by the patient being constantly afraid of a new panic attack. When encountering a patient with panic disorder it is important to remember that every person with this disorder is different and needs to be dealt with individually. Calm behavior and approval of the patient are important features in creating a safe and reliable atmosphere for the interaction and treatment.</p> <p>Successful treatment requires a health care professional's skill to encounter a patient with panic attack disorder individually. Patients involved in this study benefitted from osteopathic treatment, but to draw reliable conclusions of influence of the treatment on panic disorder requires further and more controlled studies.</p>	
Keywords	encountering a patient, osteopathy, panic attack, panic disorder

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Paniikkihäiriö sairautena	3
2.2	Potilaan kohtaaminen	9
3	Menetelmät ja työn eteneminen	13
3.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	13
3.2	Laadullinen tutkimus	14
3.3	Triangulaatio	15
3.4	Teemahaastattelu	15
3.5	Kehittämistyön eteneminen	16
4	Aiheen kartoitusta osteopatian näkökulmasta	21
4.1	Osteopatian filosofiaa	21
4.2	Sähköpostikysely osteopaateille	22
4.2.1	Hoidosuhteessa huomioitavaa	22
4.2.2	Osteopaattinen hoito	22
4.3	Hoidon keskeisiä osa-alueita	24
4.3.1	Kraniaalinen osteopatia	24
4.3.2	Autonominen hermosto	25
4.3.3	Hengitys	25
4.4	Tapausesimerkki osteopaattisen hoidon vaikutuksesta	26
5	Teemahaastattelut	27
5.1	Terveysthuollon asiantuntijoiden näkemyksiä paniikkihäiriöstä	27
5.1.1	Asiantuntijan haastattelu 1: Psykologi, psykoterapeutti	27
5.1.2	Asiantuntijan haastattelu 2: Psykiatri, psykoterapeutti	32
5.1.3	Asiantuntijan haastattelu 3: Psykiatri, psykoterapeuttipiskelija	37
5.2	Potilaiden näkökulmia paniikkihäiriöön	41
5.2.1	Haastattelu 1: Nainen, 37 v.	42
5.2.2	Haastattelu 2: Mies, 38 v.	45
5.2.3	Haastattelu 3: Mies, 48 v.	46
5.3	Osteopaatin näkemys paniikkihäiriöön	50

6	Kokemuksia hoitojaksosta Positia-klinikalla	53
7	Muistilista osteopaatille paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamiseen	55
7.1	Yksilöllisyys	56
7.2	Luottamus	56
7.3	Sanaton viestintä	57
7.4	Paniikkikohtauksen yllättäessä	57
7.5	Hoitotilasta huomioitavaa	58
7.6	Muita huomioita	59
7.7	Muistilista paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamiseen	59
8	Lopuksi	62
	Lähteet	68

#### Liitteet

- Liite 1. Ensimmäinen sähköpostikysely osteopaateille
- Liite 2. Toinen sähköpostikysely osteopaateille
- Liite 3. Terveystieteiden asiantuntijoiden haastattelukysymykset
- Liite 4. Tutkimushenkilöiden hakuilmoitus
- Liite 5. Potilaiden haastattelukysymykset
- Liite 6. Yleiskielinen lehtiartikkeli
- Liite 7. Tiedote opinnäytetyöstä terveydenhuollon asiantuntijoille
- Liite 8. Tutkimushenkilötiedote potilaille
- Liite 9. Suostumuslomake terveydenhuollon asiantuntijoille
- Liite 10. Suostumuslomake potilaille

## 1 Johdanto

Paniikkihäiriöön sairastuu elämänsä aikana noin 2–5 % aikuisista. Kaiken kaikkiaan ahdistuneisuushäiriöt ovat mielenterveyden häiriöistä kaikkein yleisimpiä, joten niillä on yksilölle aiheutuvien inhimillisten haittojen lisäksi myös varsin suuri kansantaloudellinen merkitys. Hoidon piirissä on tutkimusten mukaan vain osa ja heistäkin vain vähemmistö saa hoitosuositusten mukaista hoitoa. (Isometsä 2001: 218–219, 224.) Paniikkihäiriötä sairastavia tulee myös osteopaattien hoitoon. Silloin on hyvä ymmärtää, mistä sairaudessa on kyse ja mitä potilaan kohtaamisessa tulisi ottaa huomioon. Aiheen lähempi tarkastelu on perusteltua myös siksi, että paniikkihäiriötä käsitteleviä osteopaattisia tutkimuksia ei selvityksemme mukaan ole. Lisäksi paniikkihäiriö on osteopatian kannalta sikäli kiinnostava sairaus, että siinä hengityksellä ja autonomisen hermoston toiminnalla on varsin keskeinen merkitys. Nämä molemmat ovat myös osteopatiassa merkittäviä tekijöitä etsittäessä terveyttä ja niihin liittyviä hoitomenetelmiä on paljon.

Potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat olennaisia asioita hoitotyössä ja näiden ohella osteopatiassa myös kosketus on merkittävä kommunikaation muoto. Osteopaattisen hoitofilosofian mukaan ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, mutta koulutusohjelmassamme psyykkisesti oireilevien potilaiden hoitoa ja kohtaamista ei kovin laajasti käsitellä. Työssä toimivat osteopaatit ovatkin tuoneet esiin kiinnostusta siihen kuinka ottaa psyykinen komponentti hoidossa huomioon ja kohdata esimerkiksi potilaita, jotka ovat kokeneet psyykkisiä traumoja (Halonen 2011: 13). Myös keskustelut osteopatian opiskelijoiden ja jo valmistuneiden osteopaattien kanssa ovat tuoneet esiin sen, että työmme aihe koetaan sekä mielenkiintoiseksi että tarpeelliseksi.

Opinnäytetyömme tavoite on edistää paniikkihäiriötä sairastavien hyvinvointia Suomessa. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on lisätä omaa tietoaamme paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamisesta ja hoidosta. Haluamme tarkastella sitä, miten paniikkihäiriö vaikuttaa kehoon ja selvittää lisäksi miten osteopaattinen hoito voi vaikuttaa paniikkihäiriöön. Tarkastelemme aihetta osteopaattien, potilaiden ja muiden

paniikkihäiriöisten kanssa toimivien hoitoalan henkilöiden näkökulmasta. Tarkoituksenamme on koota ja yhdistää tietoa eri tahoilta edistämään sujuvaa kommunikaatiota ja yhteistyötä. Haemme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: millainen on terveydenhuollon asiantuntijan, osteopaatin ja potilaan näkökulma paniikkihäiriöön ja mitä tulee ottaa huomioon kohdattaessa paniikkihäiriötä sairastava henkilö. Työmme tarjoaa osteopaateille ja muille manuaaliterapeuteille tietoa onnistuneen kohtaamisen edellytyksistä paniikkihäiriötä sairastavan potilaan kohdalla.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Paniikkihäiriö sairautena

Lievä, ohimenevä ahdistuneisuus on arkipäiväinen ja normaali tunnekokemus. Ahdistuneisuus muistuttaa pelkoa, joka sinänsä on evoluution muovaama, tärkeä ja useassa tilanteessa tarkoituksenmukainen perustunne. Mikäli ahdistus kuitenkin on voimakasta, pitkäkestoista ja rajoittaa niin psyykkistä kuin sosiaalistakin toimintakykyä, aletaan puhua ahdistuneisuushäiriöstä. Tällöin on kyse oireyhtymästä, johon liittyy ahdistuksen tunteen lisäksi myös autonomisen hermoston aktivoitumisen oireita ja välttämiskäyttäytymistä. (Isometsä 2011: 218–219.)

Paniikkihäiriö on yksi ahdistuneisuushäiriöiden muoto. Sen keskeisin piirre on toistuvien paniikkikohtausten esiintyminen. Yksittäisiä paniikkikohtauksia voi esiintyä terveilläkin henkilöillä satunnaisesti ja lähteestä riippuen todetaan, että 10–35 % väestöstä saattaa jossain vaiheessa elämänsä saada paniikkikohtauksen. Varsinaisessa sairaudessa kohtaukset ovat toistuvia ja varsinkin häiriön alkuvaiheessa ne esiintyvät ilman mitään laukaisevaa tekijää. (Isometsä 2011: 220; Lepola ym. 2002: 85.)

Paniikkikohtauksessa ilmaantuu äkillisesti erittäin voimakas ahdistuksen, pelon tai pakkokauhun tunne. Paniikkihäiriötä sairastava henkilö kuvaa omaelämäkerrallisessa teoksessaan tuntemuksia kohtauksen saapuessa:

Kädet vaalenevat ohjauspyörässä, hiki täyttää ihohuokokset läpinäkyvänä. Näkö heikkenee. Pupillit supistuvat. Näkökenttä kapenee. Sydän lyö yhtä tiheämmin, rinta tuntuu yhä raskaammalta, on kuin joku olisi pannut sinne tiiliskiven. Sydän hakkaa nyt jo todella kovasti, kylmä hiki valuu alas otsaa, paidankaulus käy kosteaksi ja ahtaaksi, yhä kosteammaksi. Suu on kuiva kuin hiekkapaperi; kieli vaeltelee kuin epävarmoin tanssiaskelin. Minun on vaikea niellä. Vatsalihakset kiristyvät valmistautuessaan uhkaavaan pahoinvointiin. (Hedman 2007: 12.)

Paniikkikohtaus alkaa nopeasti, alle kymmenessä minuutissa ja kestää tavallisimmin minuutteja, useimmiten kuitenkin alle puoli tuntia. Kohtaukseen liittyy voimakkaita so-



maattisia ja kognitiivisia oireita. Paniikkikohtaus voi olla täysin odottamaton (mitään laukaisevaa tekijää ei ole havaittavissa), se voi olla tilanteelle altistumisen aiheuttama (ilmaantuu usein, muttei aina tietyn ärsykkeen yhteydessä) tai täysin tilannesidonnainen (esiintyy säännönmukaisesti aina jonkin tietyn tilanteen tai ärsykkeen yhteydessä). (Isometsä 2011: 220.) Odottamaton, spontaani kohtaus voi ilmaantua myös yöllä unen aikana (Paniikkihäiriö, konsensuslausuma 2000: 2).

Soile Helminen (1995: 34) kuvaa kirjassaan sitä, miten paniikkihäiriössä ahdistus alkaa hallita henkilön koko maailmaa niin, ettei energiaa juuri muuhun enää riitä:

Mua alkoi jännittää ja pelottaa sellaiset asiat, joita ennen en ollut pelännyt. Kaikki pelot kohdistuivat epänormaaleihin asioihin. Mua alkoi pelottaa eri paikkoihin meneminen, yksinäisyys, jonottaminen ja odottaminen. Jos jossain paikassa oli kerran ahdistanut, niin pelkästään se paikka sai mut ahdistumaan vaikei muuten olisi ollut mitenkään paha olla. Pelkästään jo paikan ajattelu laukaisi ahdistuksen.

Ilmiönä paniikkihäiriö on vanha ja se on tunnettu jo ainakin 1800-luvun loppupuolelta, jolloin oireistosta kärsiviä pidettiin yleisesti hysteerikkoina. Kansainvälisellä tasolla diagnoosi on otettu laajemmin käyttöön mielenterveyden häiriöiden DSM-III-luokituksen yhteydessä vuonna 1980 ja suomalaiseen tautiluokitukseen se tuli ensimmäistä kertaa vuonna 1987. (Paniikkihäiriö, konsensuslausuma 2000: 3.) Yksityiskohtaisesti kuvattuna paniikkihäiriön diagnostiset kriteerit ovat Isometsän (2011: 221) mukaan seuraavat:

A. Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia.

B. Paniikkikohtaukseen liittyvät kaikki neljä seuraavaa piirrettä:

1. kohtaus on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus
2. kohtaus alkaa äkillisesti
3. kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaus kestää vähintään muutaman minuutin ajan
4. kohtaukseen liittyy vähintään neljä kaikista seuraavaksi luetelluista oireista (a – n), joista yhden täytyy olla jokin oireista a – d

Autonomisen kiihotustilan oireita ovat:

- a. sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa tai kohonnut pulssi
- b. hikoilu
- c. vapina
- d. suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireita ovat:

- e. hengitysvaikeudet
- f. tukehtumisen tunne
- g. rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- h. pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

Psyykkisiä oireita ovat:

- i. pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
- j. tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai ”poissa tästä maailmasta” (depersonalisaatio)
- k. pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
- l. kuolemanpelko

Yleisoireet:

- m. kuumat aallot tai vilunväristykset
- n. ihon puutuminen tai pistely

C. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä, skitsofreniaryhmän häiriöstä, mielialahäiriöstä tai somatisaatiohäiriöstä.

Paniikkihäiriössä oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelevat yksilöllisesti erittäin paljon. Diagnostisten kriteerien mukaan lieväasteisessa paniikkihäiriössä on vähemmän kuin neljä kohtausta kuukauden aikana, keskivaikeassa häiriössä vähintään neljä kohtausta kuukauden aikana ja vaikea-asteisessa sairaudessa vähintään neljä kohtausta viikossa kuukauden aikana. Varsin huomattavalla osalla sairastuneista paniikkihäiriöön liittyy myös julkisten paikkojen pelko eli agorafobia, jolloin henkilö alkaa välttää niitä tilanteita

ja paikkoja, joissa hän pelkää kohtausten uusiutuvan. Nämä pelot liittyvät tyypillisesti esimerkiksi yksin kotoa poistumiseen, jonossa, ihmisjoukossa tai vaikkapa sillalla olemiseen sekä autolla tai julkisilla kulkuvälineillä matkustamiseen. (Isometsä 2011: 220–222.)

Paniikkihäiriö alkaa tavallisesti täysin odottamattomalla paniikkikohtauksella, jolloin henkilö kokee ahdistusta, somaattisia oireita ja pelottavan tunteen oman mielen ja kehon hallinnan menettämisestä. Lievä ahdistus jatkuu usein pitkäänkin ensimmäisen kohtauksen jälkeen. Mikäli kohtauksia alkaa tulla toistuvasti, ne herättävät herkästi pelon vakavasta somaattisesta sairaudesta tai mielenterveyden menettämisestä. Välttämiskäyttäytymisestä puhutaan silloin, kun henkilö alkaa ennakoida kohtauksen uusiutumista eikä uskalla lähestyä tilannetta tai paikkaa, jossa kohtaus olisi hänen tulkintansa mukaan hänelle itselleen hyvin hämmentävää tai nöyryyttävää. (Isometsä 2011: 223.)

Välttämiskäyttäytyminen voi tehdä ihmisen elämästä hyvinkin hankalaa. Kaj Hedman (2007: 13–15) kuvaa kirjassaan, miten hän ei ollut voinut neljäentoista vuoteen matkustaa asumansa kaupungin keskustaan, vaan elämä oli pääosin rajoittunut kolmen huoneen, keittiön ja saunan käsittävään rivitaloasuntoon. Hän saattoi jonkin verran liikkua ulkona, mutta vain noin puolen kilometrin säteellä kodistaan. Tässä tilanteessa esimerkiksi paikkakunnan mielenterveystoimistoon lähteminen oli hänelle jo ajatuksenakin aivan mahdoton. Edes lähimpiä sukulaisiaan hän ei ollut voinut käydä tervehtimässä vuosikausiin. Hän kertoo joutuneensa kuin itse rakentamiensa muurien sisään:

Elämäni on niin kaventunutta kuin tavallinen elämä vain voi olla. En istu vankilassa jostakin iljettävästä rikoksesta tuomittuna. Olen itse tuominnut itseni eristyneisyyteen, poissaoloon, ulkopuolisuuteen... Vaikka oikeastaan asia ei ole niin yksikertainen... Jokin kuitenkin on tuominnut minut. Jokin sisälläni, tai ulkopuolellani. Tuominnut minut itseni. (Hedman 2007: 20–21.)

Kysyttäessä paniikkikohtauksista kärsiviltä mitä he niissä eniten pelkäävät, esiin on tuotu mm. seuraavia asioita: pelko sekoamisesta tai hulluksi tulemisesta, pelko pyörymisestä, jalkojen alta menemisestä tai pelko siitä, että menettää hallinnan ja tekee jotain ihan hirveää. Henkilöllä voi esiintyä myös pelkoa paikalleen jähmettymisestä tai

siitä ettei pysty puhumaan. Pelko voi liittyä myös ajatukseen siitä, että sydän pysähtyy tai että tarvitsee ensiapua, mutta paikalla ei olekaan ketään, joka sitä voisi antaa. (Furman 2002: 90.)

Muiden ihmisten, jopa läheistenkin, saattaa olla vaikea ymmärtää paniikkihäiriöisen ihmisen pelkoja eikä sairastuneen ehkä itsekään ole aina helppoa kuvata miltä hänestä tuntuu:

Mitä ahdistus on, sinä kysyt. Minulla on tapana vastata: se on kuin voimakasta pelkoa, kuin taka-ajettuna olemista, mutta pahempaa. Ei nimitäin ole mitään tietoa siitä, mikä vaara on. Se vain on, kuin jokin kummitus, irvistelevä varjo. Ajatus pysähtyy kuin stop-merkin edessä, se jäätyy, muuttuu taikinaksi, kivuksi. Pois täältä, pian pois. (Hedman 2007: 12–13.)

Furmanin (2002: 83–84) mukaan keskeistä paniikkikohtauksen syntymisessä on se, miten ihminen tulkitsee omat tuntemuksensa. Kuka tahansa meistä voi esimerkiksi nukkumaan mennessään huomata, että sydän lyö ylimääräisiä lyöntejä ja se saattaa tuntua hyvinkin epämiellyttävältä. Tässä tilanteessa moni varmaankin pohdiskelisi mistä lisälyönnit johtuvat ja päätyisi esimerkiksi siihen, että tänään on tainnut tulla juotua ihan liikaa kahvia, pitääpä huomenna hieman rajoittaa sitä. Näihin ajatuksiin meistä suurin osa pikkuhiljaa nukahtaisi. Paniikkihäiriöön taipuvaisella henkilöllä puolestaan lisälyönnit saattavat herkästi herättää epäilyksen vakavasta sydämen viasta, jonka hän arvelee olevan merkinä alkavasta sydänkohtauksesta tai äkkikuolemasta. Pelon seurauksena elimistöön erittyvät hormoneja, jotka edelleen voimistavat tilanteessa koettuja fyysisiä tuntemuksia.

Kun ihminen reagoi mihin tahansa hätätilanteeseen, hänen hengityksensä muuttuu voimakkaasti (Martin – Seppä – Lehtinen – Törö – Lillrank 2010: 36). Useissa tutkimuksissa paniikkihäiriöllä ja hengitysvaikeuksilla onkin todettu olevan yhteyttä toisiinsa (Lepola ym. 2002: 87). On esitetty, että paniikkihäiriötä sairastavan henkilön aivorungon kemoreseptorit olisivat poikkeuksellisen herkkiä veren hiilidioksidiosapaineen nousulle. Tämän teorian mukaan aivorunko aktivoituisi väärin, aivan kuin tukehtumisen yhteydessä. Syvän ja nopean hengityksen (hyperventilaation) aikaansaama hypokapninen alkaloosi (veren hiilidioksidiniukkuus) todennäköisesti puolestaan aiheuttaa erilaiset somaattiset oireet, kuten sydämentykytystä, rintakipua ja vapinaa. Hypokapnia su-

pistaa myös aivoverisuonia, mikä ilmeisesti selittää hyperventilaatioon liittyvää huimausta. Tämän mallin avulla voidaan ymmärtää paniikkikohtaukseen liittyvää tunnetta ilman loppumisesta ja kuolemanuhasta. Kaiken kaikkiaan on kuitenkin todettava, että hyperventilaation ja ahdistuneisuuden välinen yhteys on monimutkainen eikä läheskään kaikilla henkilöillä hyperventilaatioon edes liity ahdistuneisuushäiriötä. (Isometsä 2011: 224, 226.)

Paniikkihäiriötä sairastavien neurokemiallista herkkyyttä kuvastaa myös se, että laktaatti-infuusio aiheuttaa heistä 60–70 %:lla paniikkikohtauksen, kun terveillä vastaava luku on vain 10–13 %. Metaboloituessaan bikarbonaatiksi laktaatti aiheuttaa tavallisesti metabolisen alkaloosin, mikä johtaa hengitystiheyden laskuun, mutta paniikkihäiriöpotilailla se johtaa hyperventilaatioon, joka vain voimistaa emäksisyyttä. Tutkimusten mukaan myös runsaasti hiilidioksidia sisältävän ilman hengittäminen aiheuttaa 45–70 %:lle paniikkihäiriöstä kärsiville kohtauksia, kun taas terveillä vain 10 %:lla. Arvellaan, että paniikkihäiriön hoitaminen niin masennuslääkkeillä kuin todennäköisesti psykoterapialakin korjaa poikkeavaa alttiutta niin laktaatin kuin hiilidioksidinkin osalta. (Isometsä 2011: 226.)

Paniikkihäiriöllä ja serotonergisellä hermovälityksellä on mitä todennäköisimmin yhteyttä toisiinsa, sillä serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet ovat osoittautuneet tehokkaiksi sairauden hoidossa (Isometsä 2011: 226). On myös todettu, että tiettyä aivorungon tumaketta (locus coeruleus) sähköisesti ärsyttämällä voidaan aiheuttaa paniikkitilaa muistuttava voimakas pelkoreaktio. Näyttääkin siltä, että poikkeavuus locus coeruleuksen aktivoitumisessa ja häiriö noradrenergisen toiminnan säätelyssä voi olla yksi paniikkikohtauksen taustalla olevista sairausmekanismeista. Merkittävällä osalla paniikkihäiriötä sairastavista on myös todettu bentsodiatsepiinireseptorien poikkeavaa toimintaa. Lisäksi kolekystokiniini-nimisen hormonin on todettu altistavan paniikkikohtauksille. Useat paniikkihäiriöpotilaat ovat myös lopettaneet kahvin käytön tai ainakin vähentäneet sitä huomattavasti, sillä kofeiini saattaa myös altistaa kohtauksille. (Isometsä 2011: 227.)

Paniikkihäiriötä voidaan hoitaa joko yhtäaikaisesti psykoterapialla ja lääkehoidolla tai sitten kummallakin menetelmällä yksinään. Kliinisissä tutkimuksissa on luotettavasti osoitettu kognitiivisen psykoterapian, trisyklisten depressiolääkkeiden, selektiivisten

serotoniinin takaisinoton estäjien sekä joidenkin muiden depressiolääkkeiden ja bentosodiatsepiinien vaikuttavuus. Kognitiivisten ja behavioraalisten hoitomuotojen tehon paniikkihäiriön oirelievityksessä on tutkimusten mukaan arvioitu vastaavan masennuslääkehoitoa ja terapioiden myönteiset vaikutukset ovat havaittavissa vielä pitkään hoitajakson jälkeenkin. Vaikutusten on esitetty välittyvän hermoston kautta siten, että aivojen kuorikerrokset pystyvät eri ratayhteyksien välityksellä hallitsemaan ylireagoivaa hermoverkkoa aiempaa paremmin. (Isometsä 2011: 229–230.)

## 2.2 Potilaan kohtaaminen

Taitoa kohdata potilas pidetään yhtenä tärkeimmistä osaamisvaatimuksista kaikissa sosiaali- ja terveysalan ammateissa. Sitä ei kuitenkaan opi pelkästään teoriatietoa lukemalla vaan kohtaamisessa on olennaista pysähtyminen ja refleктоiva ilmiöiden tarkastelu. Kohtaaminen toteutuu vuorovaikutuksen kautta ja aitoon kohtaamiseen kuuluvat sekä luottamus ja läheisyys että myös toiselta oppiminen. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 7–8, 211.) Lisäksi on tuotu esiin, että parantuminen ja hyvinvoinnin lisääntyminen suorastaan edellyttävät kohtaamista ja läsnä olemista, sillä vain niin ihmiset voivat antaa toisilleen todellisen merkityksen (Martin ym. 2010: 91).

Asiakaskeskeisessä mallissa kohdata potilas keskeisiä asioita ovat tiedonsaanti ja osallistuminen ja siinä rohkaistaan hoitotyöntekijää kehittämään vuorovaikutusosaamistaan. Parhaat edellytykset terveyteen rakentuvat kunnioittavassa, empaattisessa ja voimaannuttavassa hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa. (Butler 2011: 371.) Kohtaamisen perusedellytyksiä on hoitotyöntekijän ja potilaan tasavertaisuuden kunnioittaminen. Hoitaja on toki tietyissä asioissa asiantuntija, mutta hän ei voi kuitenkaan tietää mikä on potilaalle parasta kysymättä sitä tältä itseltään. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 168.) Tämän vuoksi haluamme opinnäytetyössä asiantuntijoiden lisäksi antaa puheenvuoron myös paniikkihäiriöön sairastuneille, jotta heidän ajatuksensa ja toiveensa tulevat näkyviksi. Myös Kaarina Mönkkönen (2007: 44–46, 95–97) korostaa osapuolten tasavertaisuutta. Hänen mukaansa liiallinen asiantuntijakeskeisyys tekee kohtaamisesta yksisuuntaisen, kun puolestaan liiallinen asiakaskeskeisyys hämärtää ammattilaisen vastuun ja vallan. Hän toteaa asiakkaan odottavan ammattilaisesta keskustelukumppania, joka herättää näkemään ja ajattelemaan uudella tavalla.

Osteopaattisen filosofian mukaan ihminen nähdään kokonaisuutena, johon sisältyvät niin mieli (*mind*), keho (*body*) kuin henki (*spirit*) (Dowling – Martinke 2005: 11). Käsityksemme mukaan osteopaatti pyrkiikin kohtaamaan potilaansa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Osteopaatin on tärkeää myös osata kuunnella potilasta niin, että hän pyrkii aidosti ymmärtämään tätä (Lederman 2005: 273; Parsons – Marcer 2006: 157). Potilaat ilmaisevat esimerkiksi tunteitaan harvoin suoraan, mutta antavat niistä useita viitteitä keskustelun aikana. Kuitenkin tutkimusten mukaan hoitajat usein sivuuttavat nämä viestit ja vievät kohtaamisen ja keskustelun biomedikaaliselle tasolle. Potilaan emootioiden huomioimisella vaikuttaakin olevan merkitystä siihen miten hyväksi vuorovaikutussuhde muodostuu. (Butler 2011: 372.)

Jukka Oksanen (2009: 7) on tutkinut hyvään hoitosuhteeseen johtavaa toimintatapaa sosiaaliterapeutin työssä. Hän tuo esiin, että tarkastelu ei kuitenkaan rajoitu vain tämän yhden ammattiryhmän vuorovaikutustaitoihin, vaan kohtaamisen näkökulmat koskevat aivan kaikkia asiakas- ja hoitotyön ammatteja. Oksanen käyttää käsitettä terapeutin allianssi, jolla hän tarkoittaa työntekijän ja asiakkaan liittoutumista asiakkaan auttamiseksi, hänen ongelmiansa helpottamiseksi ja ratkaisujen löytämiseksi. Oksanen mukaan hyvän hoitosuhteen luomista ja ylläpitämistä voidaan pitää kulmakivenä, jota ilman mikään menetelmä ei toimi.

Kauppilan (2005: 20–24) mukaan keskeisiä vuorovaikutustaitoja hoitotyössä ovat keskustelu-, neuvottelu- ja viestintätaidot sekä yhteistyö- ja ryhmätyötaidot. Niitä kaikkia voidaan opettaa ja oppia. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen on myös Silvennoisen (2004: 17) mukaan tärkeä osa ammatillista osaamista. Taitojen avulla ei saada vain tietoa diagnoosin tekemiseen ja oikeanlaisen hoidon suunnitteluun vaan myös tietoa siitä miten potilas kokee ja käsittää tilansa, miten se vaikuttaa hänen elämäänsä ja mitä hän odottaa hoidolta. Nykypäivänä potilaat ovat tiedostavia ja osaavat vaatia monitaitoista asiantuntijuutta. (Kolt – Andersen 2004: 68.)

Antti Särkelä nostaa työntekijän ja asiakkaan välisen yhteistyösuhteen luomisessa esiin muutamia erityisen keskeisiä asioita. Hän toteaa ensikohtaamisen olevan ratkaiseva ja määrittelee ns. kolmen sekunnin säännön, jonka aikana asiakas hetkessä muodostaa kuvan palvelun tuottajasta. Mikäli asiakas kokee, että ensikohtaamisessa häntä kunni-

oitetaan, jatkotyöskentely helpottuu selvästi. Olennaista Särkelän mukaan on lisäksi tervehtiminen sekä keskustelun myönteinen ja luonteva aloitus. Myös työntekijän ilmeet, eleet ja asennot ovat erityisen tärkeitä ja jopa tärkeämpiä kuin sanat. Ylipäätään työntekijän levollinen ja rauhallinen toiminta on eduksi, sillä se rauhoittaa asiakastakin. Tärkeänä mainitaan myös se, että asiakkaalle kerrotaan missä mennään ja mitä seuraavaksi on tapahtumassa. (Särkelä 2001: 68, 70.)

Jukka Oksanen on tiivistänyt hyvän yhteistyösuhteen luomisen edellyttämät valmiudet kolmeen keskeiseen asiaan: työntekijän järkevään ajatteluun, ystävällisyyteen ja myötätuntoon. Järkevällä ajattelulla hän tarkoittaa ammatissa tarvittavaa riittävää tieto- ja taitoperustaa. Ystävällisyyteen Oksanen kiteyttää työntekijän viestintävalmiudet niin verbaalin kuin nonverbaalinkin viestinnän osalta. Tärkeää on työntekijän lempeä käytös, jonka perustana on toisen ihmisen huomioonottaminen. Ystävällisyyden voikin Oksasen mukaan nähdä lääkkeenä, joka vaikuttaa heti ja pitkän aikaa. Kolmantena tekijänä yhteistyösuhteen luomisessa on työntekijän kyky hallittuun myötätuntoon, jonka todetaan olevan vuorovaikutuksen ydin. Siihen sisältyvät työntekijän ihmiskäsitykseen ja eettiseen ajatteluun liittyvät näkökulmat. Myötätunto luo myönteisen ja ystävällisen ilmapiirin ja siten vähentää asiakkaan mahdollisia pelkoja. Työntekijän aitous ja ystävällisyys on Oksasen mukaan sitä, että hän rohkenee työskennellä omalla tyylillään. (Oksanen 2009: 41, 45, 89–92.)

Manuaalisissa terapioissa kosketus on yksi olennainen kommunikaation muoto. Kosketusta voidaan pitää osteopatiassa jopa ensisijaisena keinona saada tietoa potilaan tilasta. Kosketettaessa potilasta, potilas tavallaan koskettaa myös hoitajaa, jolloin muodostuu dialogi kahden yksilön välille. Jotta luottava ja kunnioittava vuorovaikutus ja kohtaaminen saadaan rakennettua, on tämän yhteyden toimittava. (Willard – Jerome – Elkiss 2011: 221.) Manuaalisen hoidon ja kosketuksen vaikutus mieleen ja tunteisiin on tärkeä osatekijä kokonaisvaltaisessa paranemisprosessissa. Hoitotapahtuman aikana vaikutetaan moniin asioihin, kuten psykofysiologisiin ja neurologisiin tekijöihin. (Lederman 1997: 3.) Kosketushoidon vaikutus ei siis rajoitu vain siihen anatomiseen kohtaan, jota käsitellään, vaan sen vaikutukset ulottuvat aina psyykkeeseen saakka. Hoidon aikana voidaan huomata muutoksia mielialassa, kehon havainnoinnissa ja käytöksessä. (Lederman 1997: 157.)



Osteopaatin on hyvä olla tietoinen siitä, että hoito saattaa aktivoida traumaan liittyvän tunteen. Esimerkiksi faskian katsotaan olevan kudosa, jota käsittelemällä sekä trauman fyysiset että sen emotionaaliset aspektit saattavat vapautua. (Parsons – Marcer 2006: 155–157.) Suurimmalla osalla tunteista on yhteys yksilöllisiin kehollisiin reaktioihin, joita kutsutaan psykosomaattisiksi tai psykofysiologisiksi kaavoiksi. Näitä ovat ainakin muutokset lihastonuksessa, muuttunut autonomisen hermoston ja viskeran aktiviteetti, lisääntynyt kivunsietokyky, muutokset sekä kehon paranemisprosessissa että kehon itsesäätelymekanismeissa. (Lederman 1997: 157–158.)

### 3 Menetelmät ja työn eteneminen

Opinnäytetyötämme voidaan kuvata tutkimukselliseksi kehittämistyöksi. Se on toiminnallinen opinnäytetyö, joka on toteutettu kvalitatiivisin eli laadullisin tutkimusmenetelmin. Aineistona on terveydenhuollon asiantuntijoiden, osteopaatin ja paniikkihäiriötä sairastavien teemahaastatteluja sekä ammatissa toimiville osteopaateille suunnatun sähköpostikyselyn vastaukset. Työssä on sovellettu monimetodista lähestymistapaa ja triangulatiivista tutkimusasetelmaa, sillä halusimme käsitellä aihepiiriä mahdollisimman tasapuolisesti eri näkökulmista.

#### 3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme lopputuloksena syntyi suositus osteopaateille paniikkihäiriötä sairastavan henkilön kohtaamiseen ja siten työ täyttää toiminnallisen opinnäytetyön kriteerit. Vilka ja Airaksinen (2003: 9) toteavat, että toiminnallinen opinnäytetyö voi alasta riippuen olla juuri esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjeistus tai opastus. Olennaista on se, että hanke kehittää työelämää käytännönläheisellä tavalla.

Toiminnallisuus tarjoaa tekijälle konkreettisia välineitä teorian ja käytännön yhdistämiseen ja toiminnallisessa opinnäytetyössä onkin sekä tutkiva että kehittävä ote. Siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä kuitenkin sovelletaan jossain määrin väljessä merkityksessä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä, vaikka tiedon keräämisen keinot ovatkin muuten samat. Kerättyä aineistoa ei ole aina välttämätöntä analysoida yhtä järjestelmällisesti ja tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Mikäli analysointiin kuitenkin päädytään, analysointikeinoksi riittää joko tyypittely tai teemoittelu riippuen siitä millaista tietoa ollaan etsimässä. Tietoa on mahdollista kerätä myös esimerkiksi konsultaatioina haastatellen asiantuntijoita. Tällä haastatteluaineistolla saatua tietoa käytetään opinnäytetyössä samoin kuin lähdeaineistoa eli tukemaan päätelyä ja argumentointia sekä tuomaan teoreettista syvyyttä opinnäytetyössä käytyyn keskusteluun. Teemahaastattelu on todennäköisesti eniten käytetty aineiston keräämisen tapa toiminnallisissa opinnäytetöissä. (Vilka – Airaksinen 2003: 9, 57–58, 64.)

### 3.2 Laadullinen tutkimus

Olemme toteuttaneet opinnäytetyömme kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin. Tavoitteemme oli alusta pitäen ymmärtää valitsemaamme ilmiötä eli paniikkihäiriötä kokonaisvaltaisesti ja tällaiseen lähestymistapaan laadullinen tutkimusmenetelmä on toimiva (Vilka – Airaksinen 2003: 63). Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että se on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa. Ihmistä suositetaan tiedon keruun instrumenttina eli tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Tutkija käyttää induktiivista analyysia, sillä hänen lähtökohtanaan ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston mahdollisimman monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tavoitteena on tehdä havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka sitten yhdistetään laajaksi kokonaisuudeksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 155; Kylmä – Juvakka 2007: 22.)

Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan erityisesti menetelmiä, joiden välityksellä tutkittavien ääni ja heidän näkökulmansa pääsevät esille. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotannalla. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä myös se, että tutkimussuunnitelma muotoutuu joustavasti ja olosuhteiden mukaan tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaan. Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa todellisuutta tarkastellaan ilman aineiston keruuta ja analysointia ohjaavia teoreettisia lähtökohtia, tutkimuksen tekijän on kuitenkin tiedettävä mitä tutkii, jotta tutkittavana kohteena olevasta ilmiöstä voitaisiin ylipäättään kerätä aineistoa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 155; Kylmä – Juvakka 2007: 22.) Laadullisia menetelmiä käytettäessä tutkimukset ovat usein henkilökohtaisen pohdiskelun sävyttämiä (Eskola – Suoranta 1998: 73).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät tarkentuvat prosessin aikana ja alussa ne ovatkin usein laajoja. Tutkimusta ohjaavat kysymykset mitä, miksi ja miten. Tavoitteena on selvittää mitä tutkittavassa ilmiössä tapahtuu ja mitä se on tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. (Kylmä – Juvakka 2007: 26.)

### 3.3 Triangulaatio

Pidämme tärkeänä sitä, että kaikilla opinnäytetyössä esiin nousseilla näkökulmilla on yhtä merkittävä rooli tutkimuksen tavoitteeseen pääsemisessä. Tähän on pyritty käyttämällä triangulatiivista tutkimusasetelmaa. Sana merkitsee alun perin ”kolmiomittausta” ja ihmistieteissäkin termin voi ajatella kuvaavan eri pisteistä, erilaisista positioista tapahtuvaa mittaamista ja tutkimista. Ideana on siis mahdollisimman kattavan kokonaiskäsityksen saavuttaminen, jossa aihepiiriä käsitellään eri suunnista tai eri menetelmin. Triangulaation käyttöä perustellaan sillä, että pelkästään yksittäisellä tutkimusmenetelmällä tai näkökulmalla on vaikea saada kattavaa kuvaa tutkimuskohteesta. (Eskola – Suoranta 1998: 69; Kylmä – Juvakka 2007: 17.) Triangulaation synonyymeinä voidaan käyttää ilmaisuja metodien yhdistäminen, monimetodinen lähestymistapa tai kiteyttäminen (Hirsjärvi ym. 2004: 218). Triangulaation käytössä on tärkeää varmistaa, että eri näkökulmista tapahtuvassa tarkastelussa tutkitaan nimenomaan saman ilmiön eri puolia, ei eri ilmiöitä (Viinamäki 2007: 176).

Triangulaatiossa erotetaan perinteisesti neljä eri päätyyppiä: aineisto-, tutkija-, metodologinen ja teoriatriangulaatio (Viinamäki 2007: 180). Opinnäytetyössä olemme soveltaneet kahta ensin mainittua. Aineistotriangulaatiossa asetettuun tutkimuskysymykseen vastaamisessa hyödynnetään useita erilaisia aineistoja, esimerkiksi kyselyjä, haastatteluja ja havainnointiaineistoja. Tutkijatriangulaatio puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineistonkerääjinä ja erityisesti tulosten analysoijina ja tulkitsijoina. (Viinamäki 2007: 181; Hirsjärvi ym. 2004: 218.) Pidämme triangulaatiota tärkeänä tutkimuksemme kannalta, koska tarkastelu monesta näkökulmasta lisää tutkimuksen luotettavuutta. Monimetodisuudella saadaan poistettua näennäinen varmuus tuloksista, mikä on vaarana vain yhden menetelmän tai lähteen käytössä (Hirsjärvi – Hurme 2008: 29; Viinamäki 2007: 176).

### 3.4 Teemahaastattelu

Olemme käyttäneet teemahaastattelua pääasiallisena tutkimusaineiston keruun menetelmänä. Vilkan ja Airaksisen (2003: 63–64) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä aineisto hankitaan useimmiten juuri yksilö- tai ryhmähaastattelulla ja yksilöhaastatteluna suositeltavia aineiston keräämisen tapoja ovat joko lomake- tai teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoituna vapaampi tapa aineiston keräämiseen ja se toimii toiminnallisissa opinnäytetyöissä esimerkiksi silloin, kun tavoitteena on tehdä konsultaatioita asiantuntijoille tai kerätä tietoa jostakin tietystä teemasta. Laadullisin tutkimusmenetelmin toteutetussa teemahaastattelussa aineiston määrä ei ole niinkään tärkeä vaan aineiston laatu. Laadun kriteerinä voidaan pitää aineiston monipuolisuutta ja sitä, miten hyvin aineisto vastaa toiminnallisen opinnäytetyön sisällöllisiin tavoitteisiin ja kohderyhmän tarpeisiin.

Teemahaastattelua suunnitellessaan tutkijalla tulee olla yleisesti tiedossa tutkittavan aiheen oletettavasti tärkeät osat, rakenteet, prosessit ja kokonaisuudet, joiden avulla hän on päättänyt tiettyihin oletuksiin keskeisistä asioista. Tiedon ja sen analyysin perusteella tutkija on rakentanut haastattelurungon, joka sitten suunnataan haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin. Itse haastattelussa edetään haluttujen teemojen sisällä ja se tuo tutkittavan äänen kuuluviin. Se myös vapauttaa haastattelun tutkijan näkökulmasta. Teemahaastattelussa otetaan huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset, jotka ovat keskeisiä ja syntyvät vuorovaikutuksessa. Tällä tavalla siis korostetaan haastateltavan elämysmaailmaa. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 47–48.)

### 3.5 Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyön eteneminen on kuvattu lyhyesti taulukossa 1 (s. 21). Aloitimme aiheen kartoittamisen syksyllä 2011 perehtymällä paniikkihäiriötä käsittelevään kirjallisuuteen. Etsimme myös aihepiiriin liittyviä osteopaattisia tutkimuksia, joita emme kuitenkaan löytäneet. Halusimme selvittää millaisia kokemuksia työssä olevilla osteopaateilla on paniikkihäiriötä sairastavien hoidosta – vai onko niitä ollenkaan – ja päätimme lähestyä heitä sähköpostitse. Tätä varten otimme yhteyttä kaikkiin Suomessa toimiviin osteopaattien yhdistyksiin, joita on kolme: Suomen osteopatiayhdistys, Suomen osteopaattiliitto ja Suomen ortopediset osteopaatit. Pyysimme jäsenihteereitä välittämään vies-

timme jäsenille eteenpäin. Ensimmäiseen yhteydenottopyyntöömmme (Liite 1) tuli ainoastaan kaksi vastausta. Myöhemmin lähetimme uuden viestin (Liite 2) ja tarkensimme siinä, että vastauksiin tullaan viittaamaan opinnäytetyössä vain yleisesti eikä yksittäistä vastaajaa siten voi tunnistaa. Toimme myös esiin, että opinnäytteemme valmistuttua lähetämme osteopatiayhdistysten kautta kaikille vielä yhteenvedon siitä, mitä olemme aiheesta saaneet selville. Lopulta saimme osteopaateilta yhteensä 15 sähköpostivastautta kyselyymme.

Syksyllä 2011 otimme yhteyttä Paniikkihäiriöyhdistys ry:n Helsingin paikallisosastoon ja lokakuussa kävimme yhdistyksen jäsenten illanvietossa Malminkartanossa kertomassa osteopatiasta ja opinnäytetyöstämme. Tavoitteemme oli käynnistää yhteistyö heidän kanssaan ja hankkia tätä kautta asiasta kiinnostuneita potilaita opinnäytetyöhömmme sisältyvälle hoitajaksolle. Vaikka meidät otettiin hyvin vastaan ja kiinnostusta osteopatiaa kohtaan oli havaittavissa, yhteistyö ei kuitenkaan toteutunut yhdistyksen organisaatiossa myöhemmin tapahtuneiden muutosten vuoksi.

Osteopaateilta sähköpostitse saatujen vastausten perusteella kävi ilmi, että monilla on kokemusta paniikkihäiriötä sairastavien henkilöiden hoitamisesta ja siten aiheita tuntui mielekkäältä ryhtyä selvittämään lisää. Useissa vastauksissa osteopaatit toivat esiin asioita, joita heidän mielestään kannattaa erityisesti ottaa huomioon potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Tästä aineistosta rakentamamme esiymmärryksen perusteella halusimme alkaa syventää tietämystämme paniikkihäiriöstä ja sen hoidosta sekä sitä sairastavan henkilön kohtaamisesta. Pyrimme noudattamaan Laitisen (2010: 56) antamaa neuvoa, jonka mukaan tutkimuksen toteuttamisen prosessin ei pidä jäädä irralliseksi ilmiön valinnasta ja kysymyksenasettelun muotoilusta, vaan sen tulee olla mahdollisimman looginen jatkumo tutkijan teoreettiselle ja kontekstuaaliselle ajattelulle. Keväällä 2012 ryhdyimme etsimään haastateltavaksi terveydenhuoltoalan asiantuntijoita, joilla olisi runsaasti kokemusta paniikkihäiriötä sairastavien kanssa työskentelystä. Löysimme sopivat henkilöt lopulta internetin terapeuttiluettelon, tutun lääkärin suosituksen ja Suomen psykiatriyhdistyksen avulla ja haastattelut tehtiin touko-syyskuussa 2012. Päätimme käyttää tutkimusmenetelmänä temahaastattelua saadaksemme asiantuntijan subjektiivisen kokemuksen mahdollisimman selkeästi esiin. Keskustelut asiantuntijoiden kanssa antoivat meille myös hyvän mahdollisuuden

vuoropuheluun ja tilaisuuden lisätä siten osteopatian tunnettavuutta heidän keskuudessaan.

Halusimme syventää myös osteopaattien näkökulmaa paniikkihäiriötä sairastavan kanssa työskentelystä ja otimme yhteyttä yhteen sähköpostikyselyymme vastanneeseen osteopaattiin, jolla on varsin pitkä työkokemus alalta. Haastattelimme häntä elokuussa 2012 ja esitimme hänelle samat teemahaastattelukysymykset (Liite 3), jotka olimme laatineet jo terveydenhuollon asiantuntijoiden haastatteluja varten. Nauhoitimme kaikki tekemämme haastattelut ja lähetimme jälkeinpäin niiden pohjalta kirjoitetun tekstin tarkistettavaksi ja kommentoitavaksi sekä mahdollisesti täydennettäväksi kullekin haastateltavalle erikseen.

Jo alusta saakka meille oli selvää, että haluamme tuoda opinnäytetyössämme esiin myös paniikkihäiriötä sairastavien näkökulman. Suomalaisissa sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmissä on todettu olevan varsin runsaasti erikoisammattiosaamista, mutta yhtenäinen asiakkuusnäkökulma on usein pirstaloitunutta. Todellisessa asiakaslähtöisyydessä on keskeistä se, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation näkökulmasta, vaan ne suunnitellaan mahdollisimman toimivaksi myös asiakkaan tarpeet huomioiden. Asiakas nähdään siten yhdenvertaisena toimijana palveluntarjoajan kanssa. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 11–12, 18–19.)

Suunnitelmanamme oli pyytää muutama paniikkihäiriödiagnoosin saanut koehoitajak-solle koulumme Positia-klinikalle ja haastatella heitä hoidon yhteydessä. Potilashankinta osoittautui kuitenkin yllättävän työlääksi ja jouduimme etsimään henkilöitä usean eri väylän kautta. Otimme yhteyttä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöön, viestimme asiasta Metropolia ammattikorkeakoulun opintopsykologille, neuvottelimme yhden sosiaali-toimiston työntekijän kanssa, otimme yhteyttä Kelan kautta järjestettäville kuntoutuskursseille ja laitoimme saman ilmoituksen (Liite 4) myös internetin sosiaalisessa mediassa toimivan Paniikkihäiriö-keskusteluryhmän sivulle. Kahden viimeksi mainitun väylän kautta löytyi lopulta kaksi henkilöä, jotka olivat kiinnostuneita ja halukkaita osallistumaan opinnäytetyöhömmä ja tulemaan osteopaattiseen hoitoon.

Lokakuussa 2012, ennen hoitojakson alkua, tapasimme kummankin potilaan omalla, erillisellä käynnillä, jolloin teimme teemahaastattelun (Liite 5). Samalla potilaiden oli

mahdollista tutustua meihin ja klinikan tiloihin ja näin pyrimme tekemään ensimmäiselle hoitokäynnille tulemisen mahdollisimman helpoksi. He saivat käynnillään myös lisätietoa osteopatiasta ja mahdollisuuden kysyä kaikki mieltään askarruttavat, aiheeseen liittyvät kysymykset. Potilaiden hoitojaksot toteutuivat Positia-klinikalla loka-joulukuussa 2012. Käyntien välillä he tarkkailivat vointiaan ja hoitojakson jälkeen heitä kumpaakin haastateltiin vielä uudelleen.

Halusimme löytää vielä kolmannen potilaan teemahaastattelua varten ja otimme suoraan yhteyttä Positia-klinikalla jo edellisenä vuonna selkävaivojen vuoksi hoidossa olleeseen henkilöön, jolla on paniikkihäiriö. Hänelle oli jo tuolloin käyntiensä yhteydessä kerrottu opinnäytetyömme alustavasta ideasta ja tiedusteltu, voisiko häneen olla tarvittaessa myöhemmin yhteydessä. Hän tuli mielellään keskustelemaan ja teimme hänelle saman teemahaastattelun kuin kahdelle muullekin. Kuten asiantuntijoidenkin haastattelut, kaikki potilaiden teemahaastattelut nauhoitettiin ja niiden pohjalta kirjoitettu teksti lähetettiin heille jälkeinpäin tarkistusta ja kommentointia varten.

Kirjallisuuden, teemahaastattelujen ja potilaiden koehoitajaksojen pohjalta kokosimme yhteen tietoa paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamisessa huomioon otettavista asioista. Tiivistimme syntyneen suosituksen muistilistan muotoon, jotta se parhaiten palvelisi osteopaatteja heidän arkityössään. Lopuksi pyysimme laatimastamme listasta sähköpostilla kommentit kaikilta haastattelemltamme henkilöiltä ja teimme sen pohjalta tarkennuksia. Tulemme levittämään muistilistan osteopaattien käyttöön heidän yhdistystensä kautta.

Halusimme lisätä osteopatian tunnettavuutta myös paniikkihäiriötä sairastavien keskuudessa. Tämän vuoksi työhömmme sisältyy yleistajuinen artikkeli (Liite 6), jonka toivomme tulevan julkaistuksi kohderyhmän tavoittavassa mediassa. Alustavasti on keskusteltu artikkelin julkaisemisesta syksyllä 2013 Mielenterveyden keskusliiton Käsi kädessä –lehdessä. Artikkelia tullaan muokkaamaan vielä yhdessä julkaisijan kanssa.



Taulukko 1. Kehittämistyön eteneminen.

MIHIN PYRITTIIN	MITÄ TEHTIIN	MITEN AINEISTO ANALYSOITIIN	MIKÄ OLII LOPPUTULOS
Perehtyminen paniikkihäiriöön	Tutustuminen kirjallisuuteen		Tietoa paniikkihäiriöstä ja sen hoidosta
Esikartoitus aiheeseen	Sähköpostikysely osteopaateille		Yhteenveto osteopaattien näkemyksestä paniikkihäiriöön
Asiantuntijoiden ymmärrys paniikkihäiriöstä	Terveystieteiden asiantuntijoiden, osteopaatin ja potilaiden teemahaastattelut		Asiantuntijajätieto paniikkihäiriöstä, sen hoidosta ja potilaan kohtaamisesta
Potilaiden kokemus osteopaattisesta hoidosta	Potilaiden koehoitajakso ja loppuhaastattelut	Tapaustutkimuksellinen työote	Tietoa potilaiden kokemuksista osteopaattisen hoitajakson aikana
Muistilista osteopaateille potilaan kohtamiseen	Yhteiskehittäminen	Teemoittelu	Alustava versio muistilistasta
Muistilistan viimeistely	Palautteen kysyminen kaikilta asiantuntijoilta sähköpostitse		Valmis muistilista
Muistilistan levitys osteopaateille	Jakelu yhdistysten kautta sähköisesti		Muistilista osteopaattien käytettävissä
Osteopatian tunnettavuuden lisääminen	Yhteydenotto Mielenterveyden keskusliittoon ja artikkelin kirjoittaminen		Yleiskielinen artikkeli potilasryhmän luettavissa

## 4 Aiheen kartoitusta osteopatian näkökulmasta

### 4.1 Osteopatian filosofiaa

Osteopatiassa tavoitteena on anatomisesti ja fysiologisesti ymmärtää, mistä potilaan oireet johtuvat ja miksi ne ovat syntyneet. Ajattelumallissa potilas pyritään näkemään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Hoito tähtää kehon normaalin toiminnan palautumiseen ja ongelman aiheuttaneiden tekijöiden poistamiseen tai vähentämiseen. (Sammut – Searle-Barnes 1998: 25.)

Osteopaattisen ajattelun ja hoidon suunnittelun taustalla vaikuttaa oma filosofia, joka tiivistetään usein neljään peruseriaatteeseen. Näistä ensimmäisen mukaan keho on kokonaisuus, jossa kaikki sen eri osat ovat suhteessa toisiinsa ja toimivat yhteistyössä keskenään. Näin ollen häiriö yhdessä kohdassa voi aiheuttaa ongelmia myös muissa rakenteissa. Tämä ajatus ei rajoitu koskemaan vain fyysistä kehoa, sillä sen lisäksi myös mielen (*mind*) ja hengen (*spirit*) nähdään olevan toisistaan riippuvaisia. Toinen periaate toteaa, että kehon rakenne ja toiminta ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa eli rakenne vaikuttaa toimintaan, mutta myös toiminta voi muokata rakennetta. Kolmannessa periaatteessa tuodaan esiin, että keholla on lukuisia itseään sääteleviä ja korjaavia mekanismeja, joilla se jatkuvasti pyrkii säilyttämään oman tasapainonsa optimaalisella tasolla. Neljännen periaatteen mukaan osteopaattinen hoito perustuu aina näihin kolmeen edellä mainittuun asiaan. (Kuchera – Kuchera 1994: 4–7; Sammut – Searle-Barnes 1998: 6–10.)

Osteopaattisessa ajattelussa sairastumisen nähdään olevan seurausta siitä, että kehon normaali sopeutumiskyky on syystä tai toisesta häiriintynyt. Terveiden kannalta erittäin olennaiseksi tekijäksi nähdään kehon nesteiden liikkeen merkitys. Myös hermostolla todetaan olevan ratkaisevan tärkeä osuus kehon säätelyssä. Lisäksi sairauteen nähdään usein liittyvän sellaisia tekijöitä, jotka eivät ole vain sairauden oireita, vaan osaltaan myös ylläpitävät sairastunutta tilaa kehossa. (Dowling – Martinke 2005: 13–14; Sammut – Searle-Barnes 1998: 11–14.)

## 4.2 Sähköpostikysely osteopaateille

Hankimme esiymmärrystä aiheeseemme ammatissa toimivilta osteopaateilta sähköpostikyselyllä. Kyselyyn vastanneista osteopaateista kahdellatoista viidestätoista on kokemusta paniikkihäiriöstä kärsivän hoidosta. Kaikki ne, joilla on kokemusta, ovat sitä mieltä, että osteopatialla voidaan hoitaa paniikkihäiriötä sairastavaa henkilöä ja siitä on hänelle hyötyä. Yhden mielestä paniikkihäiriötä tulisi hoitaa ensisijaisesti lääkehoidolla. Vastausten perusteella esille nousi muutamia eri teemoja, jotka liittyvät yleisesti vastaanottotilanteeseen ja osteopaattiseen hoitoon.

### 4.2.1 Hoitosuhteessa huomioitavaa

Puolet paniikkihäiriöisiä hoitaneista osteopaateista mainitsee hoitosuhteen tärkeyden. Erittäin keskeisenä koetaan luottamuksellinen suhde potilaan ja hoitajan välillä. Tärkeää on edetä rauhallisesti, ettei provosoida psyykkisiä reaktioita. Potilaalle tulee tehdä selväksi, että aina voi sanoa, jos jokin tekniikka tai asento tuntuu epämukavalle. Hoitosuhteeseen kuuluu myös se, että annetaan potilaalle tilaa olla omana itsenään. Potilaalle on tärkeä kertoa mahdollisista hoidon aiheuttamista reaktioista. Paniikkikohtaus voi provosoitua osteopaattisesta hoidosta. Yksi vastaaja kertoo, että 4. ja 5. rintanikaman manipulaatio oli aiheuttanut paniikkikohtauksen, mutta oireet, joiden vuoksi potilas oli saapunut – kova päänsärky, niska-hartiaseudun jännitys – helpottivat hoidon jälkeen.

Osteopaattien vastauksissa painotetaan yksilöllisen hoidon merkitystä ja kehon kokonaisvaltaista hoitamista. Hoidossa kannattaa edetä osteopaattisesti ilman ennakkoodotuksia potilaan tilanteesta. Sen lisäksi keskustelu potilaan kanssa koetaan tärkeänä osana hoitoa. Ongelman luonteen selvittäminen fysiologiselta kannalta potilaalle on tärkeää. Hoidot saattavat aktivoida tunteita ja potilas voi reagoida hyvinkin voimakkaasti, mutta silloin hoitajan oma työskentely on ollut todennäköisesti liian voimallista tai hän käyttää liian voimakkaasti vaikuttavia tekniikoita.

### 4.2.2 Osteopaattinen hoito

Lähes kaikki paniikkihäiriöpotilaan kanssa työskennelleet osteopaatit mainitsevat, että yleensä ensisijaisesti potilas tulee hoidattamaan jotakin muuta vaivaa, kuten niskahartiaseudun tai alaselän kipuja. Heidän kokemuksensa mukaan paniikkihäiriö tulee keskustelussa esiin yleensä toisella tai kolmannella hoitokerralla ellei se ilmene jo alkuhaastattelussa.

Hoidossa osteopaatit kokevat hyödyllisiksi tiettyjä asioita. Lähes kaikki mainitsevat autonomisen hermoston hoitamisen tärkeyden. Autonomista hermostoa hoidetaan inhi-boimalla sen sympaattista osaa tai joissain tapauksissa stimuloimalla parasympaattista osaa. Autonomiseen hermostoon osteopaatit ovat vaikuttaneet hoitamalla kylkiluita, rintarankaa, kaularankaa, ristiluuta ja sympaattisen hermoston ganglioita ja leukanive-  
liä. Nämä alueet voivat olla vaikeita käsitellä suorilla tekniikoilla, jolloin on käytettävä muita tapoja niiden hoitamiseksi. Useimmissa tapauksissa paniikkihäiriöstä kärsivän autonomisen hermoston sympaattinen osa toimii liian voimakkaasti ja usein onkin tarpeen ensin rauhoittaa sitä.

Useat osteopaatit ovat käyttäneet hoidossa kraniaalisia tekniikoita (kts. 4.3.1) ja saavuttaneet niillä hyviä hoitotuloksia. Kallossa yleisimpiä hoidettavia alueita ovat sutura occipitomastoidea (ohimoluun ja takaraivoluun väliset saumat) sekä os ethmoidalen (seulaluun) liikkeen ja toiminnan häiriöt. Occipitomastoidea-alueiden hoitamisella vaikutetaan n. vagukseen (kiertäjähermo), jolla on tärkeä tehtävä parasympaattisen hermoston toiminnassa.

Tärkeänä pidetään lisäksi HPA-akselin (hypotalamus-aivolisäke-lisämunuais -akseli, kts. 4.3.1) hoitamista. Jotkut vastaajista mainitsevat yleisesti pehmytkudoskäsittelyn olevan hyödyllistä. Hengitysmekaniikan toiminnan parantaminen ja pallean hoitaminen sekä palleahengityksen ohjaaminen potilaalle mainitaan useassa vastauksessa. Yksi osteopaateista mainitsee, että hän on hoitanut useampia paniikkihäiriöstä kärsiviä ja hoidon avulla on saatu voimakkaat oireet joko kokonaan pois tai kuriin niin, että potilas pärjää asian kanssa. Hoitotulosten saavuttamiseen on mennyt yhdestä kymmeneen hoitokertaa.

### 4.3 Hoidon keskeisiä osa-alueita

Osteopaattien sähköpostivastausten perusteella hankimme teoretietoa keskeisistä kokonaisuuksista, jotka liittyvät hoitomalleihin ja -periaatteisiin. Tärkeimmiksi aiheiksi osoittautuivat kraniaalinen hoito, autonominen hermosto ja hengitys.

#### 4.3.1 Kraniaalinen osteopatia

Kraniaalisessa osteopatiassa keskitytään kallon luiden anatomiaan ja niiden liikevektoreihin ja -laajuuksiin sekä kallon ja sen sisäisten rakenteiden fysiologiaan. Primäärihengitys on kraniaalisessa osteopatiassa keskeinen termi, jolla tarkoitetaan kallon luiden keskinäistä liikettä suhteessa toisiinsa. Kraniaalisessa osteopatiassa kehoa tarkastellaan seuraavien ilmiöiden kautta:

1. aivojen ja selkäytimen sisäinen liike
2. aivo-selkäydinnesteen fluktuaatio
3. kallon ja selkäytimen kalvojen liike
4. kallon luiden liike toisiinsa nähden
5. sacrumin (ristiluu) liike iliumien (suoliluiden) välissä. (King 2011: 728.)

Kraniaalisella osteopatialla vaikutetaan keskushermoston tilaan. Keskushermostosta lähtee erilaisia käskyjä kaikkialle kehoon. Stressireaktiossa keskushermosto aloittaa tapahtumat, jotka lisäävät hormonien eritystä tietyissä kehon rauhasissa. Tätä kutsutaan HPA-akseliksi. (Bjålie 1999: 91; Parsons – Marcer 2006: 126.)

HPA-akseli on linkki hermoston ja immuunijärjestelmän välillä. Kun kohdataan jokin stressori, hypotalamus alkaa tuottaa hormonia, joka kuljetetaan aivolisäkkeeseen. Sen vaikutuksesta aivolisäke erittää verenkiertoon hormonia, joka puolestaan kulkeutuu lisäkilpirauhasiin saaden aikaan kortisolin tuotannon. Kortisoli valmistaa kehoa kohtaamaan stressorin. Sen tehtävä on varmistaa tehokas energiansaanti tällaisissa tilanteissa. Krooninen HPA-akselin yliaktiivisuus voi aiheuttaa kortisolin liikatuotantoa, masennusta, nivelreumaa ja kroonista väsymysoireyhtymää. (Parsons – Marcer 2006: 127–128.)

#### 4.3.2 Autonominen hermosto

Sileää lihaskudosta, sydänlihasta ja rauhasia ei voida ohjata tahdonalaisesti. Niiden toiminta on pääasiassa reflektorista ja tiedostamatonta. Hermostoa, joka ohjaa näitä kudoksia, kutsutaan autonomiseksi eli itsenäiseksi hermostoksi. Autonominen hermosto voi lisätä tai vähentää kohdekudoksen toimintaa. Se myös pitää yllä elimistön homeostasiaa eli se säätelee mm. verenpainetta, ruumiinlämpöä ja erilaisten aineiden pitoisuuksia veressä. Päätehtävänä autonomisella hermostolla on elimistön voimavarojen tehokas käyttö stressitilanteissa, kuten vaaran uhatessa. (Bjälle 1999: 84–85).

Autonominen hermosto jaetaan kahteen osaan: sympaattiseen ja parasympaattiseen. Sympaattinen hermosto toimii stressitilanteissa ja fyysisesti vaativissa tilanteissa. Parasympaattinen hermosto aktivoituu levossa ja stimuloi esimerkiksi ruoansulatuselimistön toimintaa. Jatkuvan stressin aiheuttama sympaattisen hermoston pitkäaikainen aktivaatio on haitallista. Se hidastaa ruoansulatusta, tyhjentää elimistön energiavarastoja, nostaa verenpainetta sekä laskee immuunipuolustusta. Tämä lisää monien sairauksien riskiä. (Bjälle 1999: 88, 91).

#### 4.3.3 Hengitys

Paniikkihäiriöön liittyy krooninen hyperventilaatio. Epätasapainoista hengitystä ilmenee myös muiden psykiatristen häiriöiden yhteydessä ja se liittyy usein ahdistuneisuuteen ja stressiin. Hengityksen rauhoittamisesta voi olla psyykkisten oireiden hallinnassa hyötyä. Hengitys ja stressi kulkevat käsi kädessä. Stressin lisääntyessä hengittäminen muuttuu epätasapainoiseksi, pinnalliseksi ja hyperventiloivaksi. Pitkään kestäneessä stressissä hengitys voi olla kroonisesti epätasapainoinen. (Martin ym. 2010: 34–35, 43).

Optimaalisesti toimiva hengitys mahdollistaa tehokkaan kaasujenvaihdon keuhkoissa, mikä edesauttaa aivojen, sisäelinten ja muiden kehon kudosten normaalia toimintaa. Se myös lisää imuneste- ja verenkiertoa. Hengitys lisää myös rintakehän liikkuvuutta mobilisoimalla rintaontelon niveliä. Pallean toimiessa normaalisti hengitys tehostaa ruoansulatuksen toimintaa paineenvaihtelun avulla. Muutokset hengityksessä heikentävät näitä toimintoja. (Chaitow - Bradley - Gilbert 2002: 5).

#### 4.4 Tapausesimerkki osteopaattisen hoidon vaikutuksesta

Sutherland Cranial College Magazinen kesän 2012 numerossa kuvataan potilastapaus yhdeksänvuotiaasta pojasta. Hän oli kaksi vuotta aikaisemmin kaatunut ja lyönyt otsansa ollessaan hyppimässä puunkantojen päällä. Iskun jälkeen hän alkoi kärsiä vakavasta ahdistuksesta ja päivittäisistä paniikkikohtauksista. Ahdistuksen aiheuttama stressi kiristi palleaa ja lisämunuaiset olivat voimakkaan adrenaliinin erityksen vuoksi ylikerroksilla. Iskun vaikutuksesta otsaluu oli voimakkaassa kompressiossa posteriorisesti, ethmoidalen (seulaluu), sphenoidalen (kitaluu) ja nenäluiden ollessa kompressiossa posteroinferiorisesti. Aivojen etulohkoihin isku vaikutti sekä suoraan että epäsuorasti niitä ympäröivien kallon luiden kautta. Emotionaalisen kontrollikeskuksen ja persoonallisuutemme katsotaan sijaitsevan aivojen etulohkossa, jolloin se osaltaan vaikutti ahdistuksen ja paniikkikohtausten syntyyn. (Stevens 2012: 52.)

Pojan äiti oli edellisestä synnytyksestä johtuen valinnut vapaaehtoisen keisarinleikkauksen, sektion. Synnytyksessä jouduttiin poikkeuksellisesti käyttämään pihtejä apuna ja ne aiheuttivat kallonluiden häiriön: vasen zygomaticum (poskiluu) painui superiorisesti, sphenoidalen oikea suuri siipi ja oikea parietale (päälakiluu) ja temporalis squama (ohimoluun suomu) painuivat posteromediaalisesti. Pihtien jäljet olivat nähtävissä pitkään pojan syntymän jälkeen. (Stevens 2012: 52.)

Osteopaattinen hoito keskittyi palleaan ja lisämunuaisten hoitoon sekä traumojen purkamiseen kallon luista. Neljän hoitokerran jälkeen pojalla oli ollut vain yksi ahdistuskohaus, josta hän selvisi itsenäisesti ja paniikkikohtaukset olivat olleet täysin poissa kolme viikkoa. (Stevens 2012: 52.)

## 5 Teemahaastattelut

### 5.1 Terveysthuollon asiantuntijoiden näkemyksiä paniikkihäiriöstä

Teimme teemahaastattelun kolmelle terveydenhuoltoalan ammattilaiselle, joilla kaikilla on kokemusta paniikkihäiriötä sairastavien henkilöiden kanssa työskentelystä. Yksi heistä on psykologi ja kaksi muuta ovat psykiatrian erikoislääkäreitä. Heillä jokaisella on lisäksi terapiakoulutusta ja he myös työskentelevät terapeutteina.

Haastatteluista ensimmäisen teimme toukokuussa, toisen kesäkuussa ja kolmannen syyskuussa 2012. Esitimme asiantuntijoille alla olevat kysymykset, jotka toimitimme heille jokaiselle etukäteen jo ennen haastattelua:

1. Millainen ammatillinen tausta sinulla on?
2. Miten määrittelet paniikkihäiriön? Mistä siinä mielestäsi on kyse?
3. Millä lailla kuvailisit paniikkihäiriöstä kärsiviä henkilöitä? Onko heillä mielestäsi joitakin yhteisiä piirteitä?
4. Miten hoidat paniikkihäiriöstä kärsiviä asiakkaitasi ja mitä pidät tärkeänä paniikkihäiriöisen kohtaamisessa?
5. Mitä haluaisit, että kysyisimme sinulta vielä tästä asiasta?

Koska kyseessä oli teemahaastattelu, keskustelun annettiin aaltoilla melko väljästi, tavoitteena saada asiantuntijan subjektiivinen kokemus mahdollisimman hyvin esiin.

#### 5.1.1 Asiantuntijan haastattelu 1: Psykologi, psykoterapeutti

Ensimmäinen haastateltavamme on koulutukseltaan psykologi ja psykoterapeutti (kognitiivinen psykoterapia, ylemmän erityistason terapiakoulutus). Hän on tehnyt psykologian opinnäytetyönsä paniikkihäiriön ryhmämuotoisesta hoidosta, minkä johdosta hänelle jäi erityiskiinnostus aiheeseen. Työkokemusta hänellä on yhteensä toistakymmentä vuotta sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluksessa ja nykyisin hän toimii kokopäiväisesti psykoterapeuttina omalla yksityisvastaanotollaan.



Haastateltavamme toteaa, että sellaisia potilaita, joilla olisi vain ja ainoastaan vaikea paniikkihäiriö, on varsin vähän. Useimmiten sairauteen yhdistyy muitakin oireita ja ahdistus sinänsä on hyvin yleinen vaiva monienkin potilaiden kohdalla. Lisäksi ahdistuneilla ihmisillä on monesti elämänhistoriassaan kokemuksia, jotka altistavat myös masennukselle. Myös Isometsä (2011: 223) korostaa, että sairauden kliinistä kuvaa monimutkaistaa komorbiditeetti eli monihäiriöisyys. Yli 50 %:lla ilmenee vakavaa masennusta ja lähes kaikilla sairastuneilla on jossain vaiheessa sairauttaan jonkinasteisia masennusoireita. Usein paniikkihäiriöön liittyy myös muita ahdistuneisuushäiriöitä ja lisäksi se näyttäisi toisinaan liittyvän runsaaseen päihteiden käyttöön, mikä voi olla joko paniikkitaipumuksen laukaisija tai esiintyä häiriön seurauksena. Huomattavan osan paniikkihäiriöön sairastuneista on todettu myös kärsivän jostakin persoonallisuushäiriöstä.

Paniikkihäiriöön liittyy keskeisesti turvattomuuden tunne ja haastateltavamme mukaan oireet näyttäisivät olevan pyrkimystä selviytyä tämän tunteen kanssa:

Kysymys on epäluottamuksesta omaan mieleen ja ruumiiseen, että... et niin kun... ja tunteena pohjalla on, voisiko sanoa että aina... ehkä voi sanoa että aina... jonkinlainen pelko tai turvattomuus, turvattomuus on niin kuin se ydintunne mikä on pohjalla ja sitten tavallaan kaikki tää oireisto on jonkinlaista reaktiota siihen... reaktiota tai sitten sellaista kompensointiyritystä... tai niin kuin jonkinlaista turvanhakuyritystä.

Paniikkihäiriössä varsin ongelmallista on sairauden itseään ylläpitävä ja vahvistava luonne, paniikin kehä:

Siinä on tämä itseänsä vahvistava luonne, et tavallaan se lähtee vähän niin kun melkein ei mistään, jos nyt hieman kärjistän, ja sit saattaa syntyä valtava kierre, jotenkin... ja niin kun hirvittävän hankalan tuntuinen olo... ja sitten tietysti monesti sitten tää että vetäydytään, ei niin mennä paikkoihin, takerrutaan kenties johonkin ihmiseen sillai pakonomaisesti, että niin kuin tää itseänsä vahvistava kehämäinen luonne.

Paniikin kehä liittyy Isometsän (2011: 228–229) mukaan kognitiivisen teorian pyrkimykseen selittää paniikkihäiriöön sairastumista. Siinä keskeisenä nähdään potilaan turvattomuuden kokemus ja taipumus tulkita kehon ja mielen tapahtumat (esim. sydämen lyöntitiheys) merkiksi lähestyvistä katastrofista (esim. sydänkohtaus). Tällä lailla paniikkihäiriössä syntyy noidankehä, jossa pelko vahvistaa havaintoja kehon toimintojen

muutoksista ja muutokset puolestaan vahvistavat jälleen pelkoa ja johtavat lopulta paniikitilaan.

Haasteltavamme on pohtinut somaattisten sairauksien osuutta paniikkihäiriön puhkeamiseen, sillä hän on törmännyt potilaita hoitaessaan tilanteisiin, joissa paniikkihäiriön taustalta on myöhemmin löytynytkin esimerkiksi astma, Menieren tauti tai synnynnäinen aivomuutos. Sairauden alkuvaiheessahan potilas tulkitsee omat keholliset tunteuksensa herkästi joksikin vaaralliseksi fyysiseksi sairaudeksi, mikä asiantuntijamme mukaan on täysin ymmärrettävää ja varsin järkevääkin. On tärkeää tehdä riittävästi tutkimuksia ja sulkea pois somaattisten sairauksien osuus oireiden aiheuttajana. Joillekin potilaille voi olla myös helpottavaa tietää, että sairauden taustalla on jokin selkeästi fyysinen syy, sillä oireita voi silloin olla helpompi sietää.

Paniikkihäiriön taustalla asiantuntija näkee osin periytyvyyttä ja sitä, että henkilöllä voi olla luontaisesti ja synnynnäisesti sekä ylivirittynyt hermosto että herkästi ahdistuva temperamentti. Lisäksi hän arvelee suuren merkityksen olevan myös sillä, miten lapsuudenperheessä ollaan suhtauduttu erilaisiin voimakkaisiin tunteisiin – esimerkiksi lapsi on saatettu jättää liian yksin joidenkin ahdistavien tunteiden kanssa tai sitten häntä on voitu liikaakin suojella tunteiden kohtaamiselta. Molemmissa tapauksissa lapselta saattaa jäädä oppimatta se, miten voimakkaita tunteita voidaan käsitellä ja miten niitä voi kestää. Aikuisena paniikkihäiriötä sairastava kysyy itseltään: pettävätkö kehoni ja mieleni minut – pysynkö järjissäni ja kestääkö sydämeni?

Tunteen taso ja sitten semmoinen rationaalinen taso ja tämä oma keho, ne on jotenkin... niissä ei ole oikein yhteyttä, et siinä on niin kuin... se on poikki. Ei tajuta, että oikeasti minusta tuntuu turvattomalta ja hätäiseltä vaan ajatellaankin, että minulla on sydänkohtaus.

Haastateltavamme toteaa, että paniikkihäiriö puhkeaa tavallisimmin nuorena aikuisena. Tilanteeseen liittyy hänen mukaansa useinkin jokin elämänmuutos, joka voi olla henkilölle merkitykseltään yhtä lailla negatiivinen kuin positiivinen: muutto, seurustelun aloittaminen, ero tms. Muutokselle on monesti tyypillistä, että se liittyy jollain lailla läheisyyden ja etäisyyden teemoihin ihmisen elämässä. Myös kirjallisuudessa paniikkihäiriön todetaan usein alkavan tyypillisesti 20–30 ikävuoden välillä ja sen ilmaantumiseen liittyvän hyvin usein jonkin uhkaavan elämänmuutoksen tai kriisitilanteen (Isometsä,

2001: 230). On myös todettu, että sairastumisessa voidaan havaita kaksijakoisuutta, jolloin ensimmäinen sairastumishuippu osuu noin 20 ikävuoden ja toinen 30–40 vuoden ikään (Lepola ym. 2002: 85).

Haastateltavamme toteaa, että kehon rooli on paniikkihäiriössä todella merkittävä. Samaan hengenvetoon hän kuitenkin tuo esiin, että ei pidä lainkaan jaottelusta ruumiin ja mielen välillä. Hän korostaakin, että ruumiilliset oireet ovat yhtä todellinen ilmenemismuoto tässä häiriössä kuin mieleen liittyvät, jolloin myös hoidollisesti on mahdollista pyrkiä lievittämään oloa molemmista suunnista:

En pidä siitä jaottelusta ylipäättäen, että tämmöisestä niin kuin kartesiolaisesta harhasta että se olis joku eri asia sitten lopulta, että se mieli ja ruumis... kaikki mikä on ruumiissa on myös mielessä ja toisinpäin... et sillä laillahan se on kuitenkin yhtä.

Ruumis on yhtä todellinen totta kai, että... ja semmoinen tämänkin häiriön ilmenemismuoto... tai sen niin kun hankalan kokemisen ilmenemismuoto on ne ruumiilliset oireet myös, jolloin myöskin sieltä kehosta päin yhtä hyvin kun tavallaan psykoterapiassa jollain tavalla mielestä päin... että yhtä hyvin kehosta päin niin kun voi vaikuttaa siihen asiaan.

Haastateltavamme mukaan sairastuneille on ominaista tietynlainen ylivalppaus ja kontrollipyrkimys suhteessa miltei kaikkeen, esimerkiksi omaan kehoon, tunteisiin, ihmisuhteisiin ja usein maailman tapahtumiin laajemminkin. Naisilla sairautta esiintyy enemmän kuin miehillä, mutta sukupuolten välillä asiantuntija ei ole havainnut oireistossa mitään eroja. Ns. extreme-lajien harrastajia (ainakin ennen sairauden puhkeamista näitä harrastaneita) saattaa olla keskimääräistä enemmän, minkä haastateltavamme tulkitsee haluksi testata turvallisuuden rajoja elämässä. Hän tuo esiin myös, että kontrolliaspektiin liittyy aina olennaisesti hengitys, joskaan hän ei ole potilaitaan tästä näkökulmasta sen enempää tarkkaillut.

Paniikkihäiriön oireet lievittyvät monesti melko nopeasti lääkkeillä ja kohtaukset saattavat useinkin jäädä kokonaan pois jo noin puolen vuoden hoitjakson jälkeen. Haastateltavamme mukaan henkilön alttius reagoida kriisitilanteissa tietyllä tavalla voi usein kuitenkin säilyä, sillä persoonallisuuden psyykkisen rakenteen muuttuminen ei välttämättä ole kovin nopeaa. Potilaat ovat kuitenkin hyvin erilaisia tässäkin suhteessa ja paranemisen vauhti vaihtelee huomattavasti.

Haastattelemamme psykoterapeutti hoitaa potilaitaan pääosin keskustellen. Fyysisesti hän ei koske potilaaseen, mutta tekee heidän kanssaan kyllä jonkin verran tietoisien läsnäolon rentoutumis- ja mielikuvaharjoituksia sekä hengitysharjoituksia. Hoidon tavoitteena on se, että potilas saavuttaisi uudenlaisen suhteen tuntemiseen ja että hän voisi sietää turvattomuuden tunnetta paremmin ilman jatkuvaa kontrollointia. Myös välttämiskäyttäytymistä tutkitaan tarkemmin ja potilasta rohkaistaan kohtaamaan vaikeita tilanteita:

Tää tunneasia on se, mihinkä enimmäkseen keskitytään... eli voisi niin kuin ajatella, että uudenlaisen suhteen saavuttaminen siihen tuntemiseen on tavoitteena... että minä voin kestää omat tunteeni omassa ruumiissani ilman pelkäämättä, että kuolen tai jotakin hirveätä sattuu.

Myös Isometsä kuvaa terapian keskeiseksi tavoitteeksi välttämiskäyttäytymisen asteittaisen purkamisen. Hänen mukaansa pyrkimyksenä on se, että potilas onnistuu muuttamaan oireilleen antamansa katastrofitulkinnan realistisemmaksi, ohjaamaan tarkkaavuutensa pois somaattisten oireiden seuraamisesta ja välttämisen sijaan rohkaistuu altistamaan itsensä tilanteille, joissa ahdistuneisuutta saattaisi ilmetä (Isometsä 2011: 229).

Luottamuksen synnyttäminen hoitosuhteen alussa on erittäin tärkeää, sillä paniikkihäiriötä sairastava potilas on taipuvainen herkästi ajattelemaan, ettei kukaan voi auttaa häntä. Koska asiantuntijamme mukaan potilaan oireisto on alunperin syntynyt suojaamaan häntä, hoidossa on tärkeää edetä hienovaraisesti, sillä siinä pyritään horjuttamaan ja purkamaan näitä rakenteita:

Ikään kuin kyllä se keho on niitten muistojen varasto mitkä on niin kun... tai tunteiden varasto, mitkä on jouduttu niin kun jotenkin vähän väkivaltaisesti ohittamaan joskus... että ei voi olla hätäinen, joten se varastoituu ruumiiseen.

Keskustelemme asiantuntijan kanssa myös siitä, miten manuaalisessa terapiassakin kosketus ja hoito voivat nostaa pintaan hyvin voimakkaita tunteita. Haastateltavamme toteaa, että olisi suositeltavaa, että esimerkiksi paniikkihäiriötä sairastavalla olisi manuaalisen hoidon lisäksi paikka, jossa hän voisi purkaa keskustellen näitä ehkä hyvin hämmentäviäkin reaktioita ja kokemuksiaan.

Tärkeintä haastateltavan mielestä on se, että paniikkihäiriötä sairastava saa apua omaan tilanteeseensa, tapahtui se sitten minkä tahansa hoitomuodon kautta. Hän pohdiskelee sitä, että psykoterapiaan ikään kuin valikoituu tietynlainen porukka, kun taas manuaalisen terapian tarjoama ”kehoreitti” voi olla hyvä väylä jollekin toiselle. Kaikki potilaat eivät edes halua tai koe tarvetta ryhtyä miettimään oireidensa taustaa tarkemmin, vaan jollekin merkittävä apu voi tulla sitä kautta, että hän oppii ja pystyy hallitsemaan oireitaan riittävästi omassa arkipäivässään.

### 5.1.2 Asiantuntijan haastattelu 2: Psykiatri, psykoterapeutti

Toinen haastateltavamme on psykiatrian erikoislääkäri ja psykoterapeutti (psykoanalyttinen suuntautuminen, vaativan erityistason koulutus). Hänellä on pitkä työkokemus sekä potilastyössä että erilaisissa alan kehittämistehtävissä ja hän on tehnyt väitöstudiumuksensa masennuksesta. Paniikkihäiriötä sairastavia potilaita hän on kohdannut sekä erikoissairaanhoidossa että yksityisvastaanotolla työskennellessään.

Asiantuntijamme toteaa, että ihmisen tunnemuistin arvellaan asuvan kehossa. Siitäkin syystä myös hoitosuhteessa sanattomalla ilmaisulla on erittäin tärkeä merkitys. Esimerkiksi se, miten terapeutti tai hoitaja itse hengittää, välittyy vuorovaikutuksessa potilaalle:

Väittäisin et tässä terapeutin työssäkin se kehokieli, se nonverbaalinen kieli on niin kun molempiin suuntiin kauheen tärkeä... sekä mulle informaationlähteenä että myös *mun* kehon nonverbaalinen ja kaikki tää viesti myöskin on asiakkaalle kauheen tärkeä.

Non-verbaalisen viestinnän lisäksi myös tapaamispaikka ja psykoterapeuttinen setting (terapeuttinen kehys, turvalliset puitteet) ovat haastateltavamme mielestä olennaisen tärkeitä terapiatyössä. On merkityksellistä, että on rauhallinen, pysyvä vastaanotto-tila, paikka, jossa on rauhaa olla. Esimerkiksi steriili lääkärikeskuksen vastaanottohuone ei välttämättä ole paras mahdollinen ratkaisu.

Kuten ensimmäisessäkin haastattelussa, myös tässä tulee voimakkaasti esiin paniikkihäiriön taustan monitekijäisyys ja se, että yhtä selittävää syytä sairaudelle ei ole. To-

dennäköistä on geneettinen alttius ja sen lisäksi sairauden puhkeamiseen vaikuttavat kehitykselliset ja psykologiset tekijät. Lapsi on mahdollisesti joutunut selviytymään ikätasoonsa nähden liian paljosta yksin eikä hän ole saanut kaipaamaansa tukea hädän hetkellä. Tämän vuoksi hänelle ei ole riittävässä määrin kehittynyt omaa sisäistä, rauhoittavaa puhetta – ”ei hätää, kaikki järjestyy” – jolla hän aikuisena vaikeassa tilanteessa onnistuisi tyyntyttämään itsensä:

Paniikkihäiriöpotilaalle on jäänyt se tunne, että sitä ei voi kestää... et sitä omaa niin kun hätää tai sitä omaa pelkoa, sitä kaikkea, niin sitä ei voi ol- lenkaan mieli kestää et se on aivan katastrofi, et se on pakko pitää pois. Ja tilanteessa jossa se laukeaa et sieltä tulee se kaikki tunnemassa ikään kuin pintaan niin silloin se johtaa siihen et tää on täys katastrofi. Et nyt... et tavallaan se ensimmäinen askel usein terapiassa on rauhoittaa ihmistä ymmärtämään että sen hädän kanssa voi olla... et se hätä saa tulla et sitä ei tarvii niin kuin yrittää torjua.

Keho ottaa ikään kuin kantaakseen sen mitä mieli ei pysty jäsentämään... et se hätä tulee sen kehon kautta ulos.

Paniikkihäiriön noidankehämäinen luonne tulee tässäkin haastattelussa selvästi esiin eli se, että pelko uudesta kohtauksesta jo itsessään ruokkii tuon kohtauksen syntymistä. Kohtauksessa on kyse sinänsä normaalista, fysiologisesta taistele-pakene-reaktiosta, joka on tarpeen meille kaikille, jotta osaamme reagoida ja esimerkiksi lähteä karkuun tilanteen niin vaatiessa. Paniikkihäiriössä järjestelmä on kuitenkin ylisensitiivinen: hätäreaktio laukeaa liian herkästi ja se on lisäksi korostuneen hallitsematon. Aivotasolla haastateltavamme kuvaa paniikkihäiriötä niin, että limbinen järjestelmä (pelko-keskus, amygdala) on ylikiihtyneessä toiminnassa ja ne isoavokuoren alueet, joiden pitäisi kognitiivisesti rauhoittaa tilannetta, eivät tähän riittävästi kykene. Furman (2002: 94) toteaa samasta asiasta, että paniikkihäiriötä sairastavalla vaaroista varoittava hälytysjärjestelmä toimii *”kuin palovaroitin, joka on niin herkkä että se laukeaa pienimmästäkin ärsykkeestä ja niin hidas, että sammutusyksiköt ovat täydessä työn touhussa ennen kuin väärä hälytys saadaan kuitatuksi”*.

Haastateltavan mukaan paniikkihäiriön puhkeamiseen vaikuttaa usein jokin ajankohtainen stressi. Potilaat kertovat myös miltei poikkeuksetta, että heille on tyypillistä tietynlainen luonteen herkkyys, joka on tullut jo lapsuudessa esiin. Naisten suurempaan osuuteen liittyen haastateltavamme kertoo pohtineensa, miten paljon miesten ahdistu-

neisuus ja masentuneisuus saattaa kuitenkin enemmän kätkeytyä esimerkiksi päihdeongelmien taakse. Eri tutkimuksissa paniikkihäiriön esiintyvyys on vaihdellut 2–5 % välillä ja naisilla esiintyvyys on miehiin verrattuna kaksinkertainen (Isometsä 2011: 223). Masennuksen ja ahdistuneisuuden suhdetta asiantuntija kuvaa niin, että hyvin usein ahdistuneisuushäiriö ajallisesti edeltää potilaan masentumista ja omalta osaltaan altistaa sille. Jo tämänkin vuoksi ahdistuneisuuden hoitaminen ajoissa olisi erittäin tärkeää.

Paniikkihäiriötä sairastavan – ja erityisesti jos siihen vielä liittyy pidempiaikainen yleistyntynyt ahdistuneisuushäiriö – kehollinen ilmaisu on asiantuntijamme kokemuksen mukaan usein korostuneen kontrolloitua eli keho on ikään kuin koko ajan varuillaan. Myös potilaan hengitys saattaa olla huomattavan kireä ja ylipäänsä tiedostamattomia jännityksiä syntyy kehoon herkästi:

Kyl se siinä kehossa näkyy et miten ihminen... et miten se mieli siinä on.

Haastateltavamme kannustaakin potilaitaan etsimään oman tapansa rentoutua, on se sitten jooga, taiji, meditaatio, taiteet, kirjoittaminen tai aivan jotakin muuta. Ylipäänsä hän pitää keskeisenä mielihyvähäiriökokemusten lisääntymistä potilaan elämässä ja on kokenut, että sillä on selvästi merkittävää vaikutusta toipumiseen. Mielen rauhoittamiseksi tehokkaita ja yksinkertaisia keinoja ovat päivän mittaan riittävien, pienten taukojen pitäminen ja hengitykseen keskittyminen. Hänen mukaansa mielen vieminen kehoon on kuin sen viemistä kotiin. Tällöin aivotkin oppivat ikään kuin pitämään taukoa ja pelokeskus pääsee rauhoittumaan:

Mä ainakin itse jotenkin kokemuksellisesti väittäisin, että se mieli lepää siellä kehossa... et kun kehon saa rentoutumaan vaikka hengitykseen keskittymällä, myös mieli alkaa levätä.

Koska hyperventilaatio on varsin keskeinen oire paniikkikohtauksessa, Isometsänkin (2011: 231) mukaan on todettu, että hengityksen paremman hallinnan avulla voidaan välittömästi lievittää sairauden oireita ja tilanteen pahenemista. Erityisesti rauhallista palleahengitystä kannattaa tavoitella silloin, kun tuntee paniikkikohtauksen uhkaavan. Kokonaisuutena Isometsä on kuitenkin sitä mieltä, että vaikka hengityksen hallintaa ja rentoutumistaitoa voidaan pitää tehokkaina oireidenhallintamenetelminä, ne yksistään eivät auta luomaan kehittyneempiä keinoja ahdistuneisuuden hallintaan.

Haastateltavamme tuo esiin sen, että sekä lääkehoito että psykoterapia ovat hoitomuotoina vaikuttavia eivätkä ne millään tavalla sulje toisiaan pois. Hän toteaa paniikkihäiriön ennusteen vaihtelevan ja olevan yksilöllinen, mutta haluaa korostaa sitä, että viesti sairastuneelle on aina positiivinen: paniikkihäiriötä voidaan hoitaa, se on parannettavissa ja edesspäin on elämää, jossa ei tarvitse saada paniikkikohtauksia.

Isometsä (2011: 230) toteaa paniikkihäiriön lyhyen ajan hoitotulosten olevan varsin hyviä, mutta jos hoito jää vähäiseksi, oireilla näyttää olevan erittäin suuri taipumus uusiutua. Kahdeksan vuoden seurantajaksolla on todettu, että noin 40 % potilaista on oireetomia, noin 40 % lieväoireisia ja noin 20 % voidaan pitää vaikeasti psykososiaalisesti invalidisoituneina. Ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. oireiden vaikeusaste ja kohtausten tiheys, agorafobisen välttämiskäyttäytymisen vaikeusaste, samanaikaisesti esiintyvä masennus, päihteiden käyttö, persoonallisuushäiriö ja psykososiaalisen sopeutumisen yleinen taso.

Rohkaisevan paranemisennusteen puolesta puhuu Ulla Lepolan väitöstutkimus, johon osallistui 55 paniikkihäiriötä sairastavaa potilasta. Tutkimuksessa monet kroonisesti sairaaksi luokitellut potilaatkin voitiin tehokkaalla hoidolla parantaa oireettomiksi. Useat, jotka olivat olleet työkyvyttömänä tai sairaseläkkeellä, palasivat entiseen työhönsä tai kouluttautuivat uuteen. (Lepola 1992: 44–45.) Myös Ben Furman (2002: 94) toteaa painokkaasti, että paniikkihäiriön kanssa on mahdollista oppia elämään ja paniikkikohtauksia voi oppia hallitsemaan. Hänen mukaansa useinkin saattaa käydä niin, että kun ihminen oppii tulemaan toimeen tämän sairautensa kanssa, se jättää hänet vähitellen kokonaan rauhaan.

Kehon hoitamisen ja manuaalisen terapian haastateltava näkee hyvin voivan olla osa paniikkihäiriötä sairastavan hoitoa, sillä kosketus turvallisen hoitosuhteen yhteydessä saattaa joillekin potilaille olla juuri se väylä, joka auttaa ja jonka kautta voi tavoittaa oman tunnepuolensa paremmin. Kuitenkin sen lisäksi on tärkeää, että potilaalle on tehty huolellinen psykiatrinen arvio ja somaattinen tutkimus ja että potilas voi käsitellä asioita halutessaan myös keskustellen.



Mikäli paniikkihäiriötä sairastava hakeutuu manuaaliseen terapiaan ja hoitotilanne aktiivoi mahdollisesti voimakkaankin tunnepurkauksen, asiantuntijan mielestä tärkeintä on, että hoitaja pystyy itse ottamaan tilanteen rauhallisena ja luonnollisena vastaan. Tilanteesta ei pidä hätäntyä eikä torjua sitä, vaan päinvastoin – tärkeää on läsnäolo, myötätunto, lempeys ja hyväksyntä:

Et jos lähtee näitä asioita liikkeelle, niin on hirveen tärkeä et sitten niin kun niistä lähtis... et niitä lähtis niin kun puhumaan ja et vois sanoittaa niitä... et jotenkin osais siinä pysyä rauhallisena ja ottaa vastaan mitä sieltä tulee.

Jo ennen hoidon aloittamistakin potilaalle voi kertoa, että joskus hoito saattaa laukaista erilaisia tunnereaktioita. On tärkeää korostaa sitä, että se on täysin normaalia, sillä keho on hyvin herkkä ja elämän varrella se tallentaa itseensä monia erilaisia asioita. Tärkeää on osata ohjata potilasta eteenpäin tilanteen niin vaatiessa. Osteopaatti tai muu manuaalista hoitotyötä tekevä voisi todeta potilaalle, että jos tuntuu siltä, että jokin prosessi lähti nyt liikkeelle, siitä olisi hyvä lähteä keskustelemaan jonkin ammatti-ihmisen kanssa. Parhaassa tapauksessa kehon hoitaminen voisi jatkua yhdistettynä esimerkiksi keskusteluterapiaan.

Potilaan ahdistusta on tärkeää pysähtyä kuuntelemaan. Voi miettiä, mistä tällainen kokonaisvaltainen paha olo voi kertoa. Potilaan olisi tärkeää uskaltaa pysähtyä tällaisen asian äärelle. Usein se voi olla vieraantumista itsestään ja omista syvimmistä tarpeistaan. Psykoterapia on usein esteiden raivaamista omasta itsestä välittämisen tieltä. Terapiassa tulee kokemus uudelta tavasta olla vuorovaikutuksessa:

Jos tän johonkin tiivistäisi, esimerkiksi psykoterapiatyön, mikä siinä auttaa, niin siinä auttaa se et ihminen pysähtyy ja uskaltaa alkaa niinku tykätä itsestään... alkaa nähdä sitä haavoittuvuuttaan, et mitkä on ne esteet tulla rakastetuksi, rakastaa... siitä on kyse.

Haastateltava haluaa keskustelussa erityisesti nostaa esiin paniikkihäiriötä sivuavan ja usein sen kanssa päällekkäinkin menevän yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnosoimisen. Tälle potilasryhmälle on tyypillistä jatkuva huolestuneisuus, ahdistuneisuuden kannoituminen kehon tuntemuksiksi, esimerkiksi vatsavaivoiksi tai niska-hartiaseudun

kiputiloiksi ja lisäksi vaikeus rentoutua. Paniikkihäiriöstä yleinen ahdistuneisuushäiriö eroaa siten, että ahdistus on jatkuvaa ja pitkäaikaista eikä niinkään kohtauksittaista. Oireilla ei myöskään ole samanlaista intensiteettiä kuin paniikkihäiriössä ja siksi sairaudesta kärsivät saattavat herkemmin jäädä kokonaan vaille diagnoosiakin. Haastateltavamme mukaan yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastavat voisivat olla yksi mahdollinen potilasryhmä, joka saattaisi hyvinkin hyötyä osteopatiasta tai muusta manuaalisesta terapiasta.

Asiantuntija pitäisi tärkeänä, että psykiatrit saisivat enemmän tietoa osteopatiasta, mistä siinä on kyse ja miten yhteistyötä manuaalisen terapian kanssa voisi potilastyössä enemmän hyödyntää. Haastateltavamme on mukana kehittämässä nykyistä psykoterapeuttikoulutusta, johon hän toivoisi tulevaisuudessa sisältyvän nykyistä enemmän kehotietoisuuteen liittyviä asioita ja tämäkin voisi olla yksi luonteva väylä yhteistyöhön esimerkiksi osteopatian kanssa.

Kuntapuolen terveydenhuoltoon haastateltavamme kaipaisi ryhmämuotoista rentoutumiseen ja kehotietoisuuteen keskittyvää toimintaa. Erityisesti terveyskeskuksiin hän näkisi todella hyvin sopivan tämäntyyppisen ryhmätoiminnan, koska siltä tasolta puuttuvat miltei tyystin erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot.

### 5.1.3 Asiantuntijan haastattelu 3: Psykiatri, psykoterapeuttipiskelija

Kolmas haastateltavamme on psykiatrian erikoislääkäri, joka kouluttautuu parhaillaan myös psykoterapeutiksi. Hänellä on pitkä työkokemus potilastyöstä niin julkisessa terveydenhuollossa kuin yksityisvastaanotollakin. Lisäksi hän on ollut mm. mukana vetämässä Kelan kuntoutuskursseja paniikkihäiriötä sairastaville ja tekee myös tutkimustyötä paniikkihäiriöön liittyen.

Asiantuntija kokee, että nykyinen diagnostinen luokittelu jollain lailla hieman tökkii ja usein tuntuu, että joutuu sullomaan ihmisiä joihinkin diagnostiikkamuotteihin tai sitten heille voi joutua antamaan todella montakin eri diagnoosia, jos nykyistä luokitusta noudattaa. Paniikkihäiriössäkin yksilöllinen vaihtelu on erittäin suurta, joten voidaan aivan

perustellusti todeta, että tyypillistä paniikkihäiriötä sairastavaa henkilöä ei ole olemassaakaan:

Jollain lailla mä ajattelen, että... et nää diagnoosit kertoo loppujen lopuksi niistä yksilöistä aika vähän.

Haastateltavamme toteaa, että tutkimuksen valossa paniikkihäiriön puhkeamisessa perintökijöillä on merkitystä, mutta käytännössä on oikeastaan täysin mahdotonta arvioida sitä, mikä on geenien määrittelemä osuus ja mikä on kaikkea muuta ympäristöön liittyvää, joka myös osaltaan vaikuttaa aivojen kehittymiseen ja rakenteeseen. Isometsän (2011: 224) mukaan normaaliväestöön perustuvien laajojen kaksostutkimusten perusteella paniikkihäiriön periytyvyydeksi on arvioitu 30–55 %. Yksittäisiä alttiuseenejä ja niiden vaikutuksia ei vielä tunneta ja joka tapauksessa alttiuden arvellaan liittyvän yleisemmin masennus- ja ahdistuneisuushäiriöihin tai kohtaukselliseen ahdistuneisuuteen kuin vain puhtaasti paniikkihäiriöön. (Isometsä 2011: 224.)

Haastateltava kertoo yllättyneensä siitä havainnosta, että hänen potilaansa erittäin usein kertovat ensimmäisten paniikkikohtausten tulleen heille jo lapsena, usein kouluikäisenä. He kertovat tuolloin tunteneensa vain kauhua ja vasta sitten aikuisena ymmärtävät, että kyse on jo silloin ollut nimenomaan paniikkikohtauksesta. Tähän liittyen myös Isometsä (2011: 230) toteaa, että monien paniikkihäiriötä sairastavien on havaittu jo lapsena kärsineen ahdistuneisuudesta (esim. koulupelko, eroahdistus) ja useilla on ollut astma tai muu hengitystiesairaus.

Haastateltavamme kokee vaikeaksi nimetä paniikkihäiriötä sairastaville henkilöille tyypillisiä piirteitä, sillä he ovat varsin kirjava joukko erilaisia ihmisiä. Yhdistävänä tekijänä on joka tapauksessa paniikkikohtausten esiintyminen. Suurella osalla on masennusta ja usealla on myös muita ahdistuneisuushäiriöitä. Melko yleisiä ovat lisäksi päihdeongelmat, jotka usein ovat lähteneet liikkeelle itselääkinnästä, kun esimerkiksi alkoholin on koettu helpottavan pelko-oireita. Toisaalta asiantuntija on törmännyt myös siihen tilanteeseen, että huumeiden käyttö onkin laukaissut paniikkihäiriön. Haastateltavan omassa, vielä julkaisemattomassa tutkimuksessa miltei kaikilla paniikkihäiriötä sairastavilla oli jokin muu psykiatrinen häiriö ja keskimäärin diagnooseja oli kullakin yhteensä kolme. Naisten yleisempään sairastamiseen saattaa hänen mukaansa ainakin osittain vaikuttaa se, että naiset hakeutuvat hoitoon hieman helpommin kuin miehet. Hankala-

na yhdistelmänä asiantuntija nostaa esiin astman ja paniikkihäiriön yhtäaikaisen esiintymisen, sillä kummankin sairauden hoitoon käytetyt lääkkeet voivat puolestaan pahentaa toista sairautta.

Sairauden vaikeusaste ja sen mukaan myös hoito vaihtelee paljon. Osa hyötyy hyvin pienestäkin avusta, osalla taas voi olla persoonallisuuden rakenteissa niin paljon pulmia, että tarvitaan pitkään terapiaa ja siitäkin huolimatta täyteen oireettomuuteen voi olla vaikeaa päästä. Hoidon kesto voi vaihdella muutamasta käynnistä yli kymmenenkin vuoden terapiaan. Hoitoon hakeutumisessa on haastateltavamme mukaan edelleen useinkin yllättävän paljon viivettä. Hän kertoo, että ensimmäinen kaksi vuotta on todettu tärkeäksi ajaksi saada aktiivista hoitoa, sillä alkuvaiheessa saatu hoito ennustaa hyvin toipumista oireettomaksi. Valitettavan usein kuitenkin kaksi vuotta on jo mennyt ennen kuin henkilö edes hakeutuu hoitoon, sillä erilaisiin somaattisiin tutkimuksiin kuluu useinkin melko paljon aikaa. Myös Terveys 2000–tutkimuksen mukaan paniikkihäiriöstä sairastavista vain osa on hoidon piirissä ja heistäkin vain vähemmistö saa hoitosuosituksen mukaista lääkehoitoa tai viikottaista psykoterapeuttista hoitoa (Isometsä 2011: 224).

Haastateltavamme kertoo, että varsin monet potilaat hyötyvät lääkehoidosta. Lisäksi hän korostaa psykoedukaation eli sairautteen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen merkitystä ja toteaa, että siitä hyötyvät kaikki. Isometsä (2011: 230) vahvistaa saman asian toteamalla, että paniikkihäiriön luonteesta, oirekuvasta ja taustatekijöistä kertominen jo sinänsä lievittää ahdistuneisuutta ja sen lisäksi myös somaattisten sairauksien mahdollisuus on tärkeää sulkea pois. Myös Furman (2002: 88) korostaa, että jo pelkästään sen ymmärtäminen, mitä omassa elimistössä tapahtuu, auttaa ihmistä usein suhtautumaan kohtauksiinsa pelottomammin, jolloin hän voi tietoisesti rentouttaa itseään ja parhaimmillaan saada kohtauksen loppumaan ennen kuin se on kunnolla edes alkanut.

Psykoedukaation avulla potilasta autetaan havaitsemaan, miten hänen tulkintansa ensimmäisistä somaattisista oireista lisää ahdistuneisuutta ja siten vahvistaa oireita aiheuttaen lopulta paniikkikohtauksen. Asiantuntijamme käy näissä keskusteluissa usein yhä toistuvasti potilaan kanssa läpi paniikin noidankehää ja sitä, mitä potilaan kehossa tapahtuu fysiologisesti ja mitä toisaalta hänen ajattelussaan tapahtuu:

Sen mä yleensä käyn läpi, et mitä kropassa tapahtuu fysiologisen pelko-reaktion yhteydessä, millaisia tuntemuksia se voi aiheuttaa... ja sit tärkeä rooli siinä on sillä minkä tulkinnan ite antaa niille fyysisille tuntemuksille mitä siihen pelkoreaktioon liittyy... mitkä on ihan luonnollisia, mitä tapahtuu kaikilla jos pelästyy.

Terapiakeskusteluissa tutkitaan omia katastrofiajatuksia, kyseenalaistetaan niitä ja pyritään rakentamaan tilalle hyödyllisempiä tapoja ajatella ja reagoida. Välttämiskäyttäytymistä aletaan askel kerrallaan purkaa. Myös Kelan kuntoutuskurssit haastateltava on kokenut hyvänä hoitona monelle potilaalle.

Haastateltavallamme on eräällä aiemmalla työpaikallaan ollut työyhteisössä fysioterapeutti, joka oli erikoistunut ohjaamaan potilaille rentoutusmenetelmiä ja hengitystekniikoita. Tämän yhteistyön asiantuntija koki ehdottoman hyödylliseksi ja kaipaa sitä edelleen. Hän korostaa, että lähes kaikki paniikkihäiriötä sairastavat hyötyisivät konkreettisten rauhoittumismenetelmien opettelusta täysin riippumatta häiriön vaikeusasteesta tai siitä, mitä muita sairauksia heillä mahdollisesti on. Esimerkiksi osteopatian hän voisi nähdä liittyvän jollain lailla juuri rentoutumisen ja hengitystekniikoiden ohjaamiseen potilaalle:

Useimmat hyötyy siitä, jos he saa semmoisia konkreettisia keinoja mitä he voi käyttää, jos he pelkää ennakkoon jotain tilannetta tai sit jos he huomaa et niitä paniikkioireita alkaa tulla... jos he jotenkin pystyy kehollisesti siinä niiku kiinnittämään huomiota siihen rentoutumiseensa ja hengitykseensä ja niinku saamaan itselleen jotenkin fyysisesti paremman olon siinä... niin mä uskon että se olisi heille sellainen tärkeä työkalu... mitä tosiaan moni pystyisi kyllä hyödyntämään.

Kirjallisuudesta löytämämme tiedon mukaan paniikki- ja hyperventilaatiopotilaille tarkoitettua fysioterapeuttista ryhmätoimintaa on pääkaupunkiseudulla toteutettu ainakin Jorvin sairaalassa. Siellä kokoontuneissa hengitysryhmissä on ollut maksimissaan kahdeksan henkilöä, jotka ovat tavanneet kerran viikossa, yhteensä kymmenen kertaa. Ryhmien vetäjinä on toiminut kaksi fysioterapeuttia. (Seppä 2002: 14.)

Mikäli paniikkihäiriötä sairastava saapuu osteopaatin vastaanotolle, haastattelemamme asiantuntija pitäisi hyvänä, että hän olisi käynyt jo ennakkoon jonkinlaisessa lääkärin arvioinnissa. Lähtökohtaisesti siis olisi hyvä, että potilaalla olisi jokin hoitokontakti ole-

massa ja vakavat fyysiset ja psyykkiset sairaudet olisi hänen kohdallaan suljettu pois. Asiantuntijamme toteaa myös, että hänen omien selvitystensä mukaan paniikkihäiriötä sairastavilla on huomattavasti suurempi itsetuhoisuus kuin psyykkisesti terveillä. Tämä ei niinkään näyttänyt liittyvän masennusdiagnoosiin, vaan enemmänkin asialla oli yhteyttä päihdeongelmaan.

Paniikkihäiriötä voi joskus olla hyvinkin vaikeaa tunnistaa eikä potilas itsekään välttämättä tiedä sairastavansa tätä. Ehkä yleisimpiä ovat kohtaukselliset oireet, jolloin potilas ei saa henkeä, hän kokee tukehtuvansa tai pelkää sydänkohtausta. Oireet voivat kuitenkin olla myös esimerkiksi pyöräytyksen tai huimauksen tunnetta tai pelkoa tajunnan menettämisestä. Sekoamisen ja kontrollin menettämisen pelkoa voi myös esiintyä. Haastateltava kertoo, että lisäksi on sellainenkin potilasryhmä, jolla paniikkihäiriö ilmenee kohtauksellisesti niin hankalina vatsaoireina, että heidän on sen vuoksi täysin mahdotonta esimerkiksi matkustaa julkisilla kulkuvälineillä. Asiantuntijamme on törmännyt potilastyössään myös hyvin erikoisiin neurologisiin oireisiin paniikkikohtauksen oireina. Paniikkihäiriön mahdollisuutta pohdittaessa olennaista joka tapauksessa on oireiden kohtauksellisuus ja se, että pelko niistä alkaa hallita ihmisen elämää.

Mikäli paniikkikohtaus yllättäisi henkilön esimerkiksi osteopaatin vastaanotolla, on tärkeää, että hoitaja itse pysyy rauhallisena. Haastateltavamme mukaan tämä voi myös olla hyvin otollinen hetki yhdessä tutkailla, mitä tilanteessa oikein tapahtuu ja mitkä voisivat olla niitä keinoja, jotka vastaisuudessa auttaisivat potilasta rauhoittumaan. Asiantuntija toteaa kuitenkin, että mikäli osteopaatti tai joku muukin manuaalista terapiaa tekevä aikoo enemmän suuntautua psyykkisistä ongelmista kärsivien potilaiden hoitamiseen, on ehdottoman tärkeää, että hänellä on apunaan riittävä ammatillinen verkosto ja tieto siitä, minne potilaan voi ohjata jatkokeskusteluihin.

## 5.2 Potilaiden näkökulmia paniikkihäiriöön

Syksyn 2012 aikana haastattelimme kolmea paniikkihäiriötä sairastavaa henkilöä. Teimme haastattelut saadaksemme käsityksen siitä, mitä sairastuneet itse ajattelevat sairaudestaan, sen hoidosta ja mitä he toivovat hoitohenkilökunnan ottavan huomioon paniikkihäiriötä sairastavan kohdalla. Annoimme haastateltavien kertoa

paniikkihäiriöstä mahdollisimman vapaasti puolistrukturisen haastattelun tapaan.

Keräsimme tietoa alla olevien kysymysten avulla. Haastattelun viimeinen kysymys jätettiin avoimeksi, jolloin he saivat mahdollisuuden kertoa mitä halusivat paniikkihäiriöön liittyen. Haastattelun jälkeen heillä oli mahdollisuus kysyä osteopatiasta, osteopaattisesta hoidosta ja kaikesta opinnäytetyöhön liittyvästä.

1. Miten määrittelet paniikkihäiriön eli mistä siinä sinun mielestäsi on kyse?
2. Millaista hoitoa olet saanut paniikkihäiriöön?
3. Millaista hoitoa koet tarvitsevasi?
4. Mitä paniikkihäiriössä sinun mielestäsi pitäisi ottaa huomioon?
5. Mitä haluaisit, että kysyisimme sinulta vielä tästä asiasta?

Tapaamiset pyrittiin järjestämään mahdollisimman rennossa ja turvallisessa ilmapiirissä vuorovaikutusta rakentaen. Ahdistus-, hyperventilaatio- tai paniikkikohtauksista kärsivä aikuinen saattaa aikuisuudestaan huolimatta kokea olonsa turvattomaksi vuorovaikutus- ja hoitosuhteissa. Tällöin on tärkeää luoda rauhallinen ilmapiiri. Sanattoman ja sanallisen kommunikoinnin kautta rauhoittuminen ja turva välittyvät toiselle. (Martin ym. 2010: 63–75.) Turvallisuutta luo myös mahdollisuus olla anonyyminä tässä opinnäytetyössä. Tekstissä kaikki on haastateltujen lausumaa, ellei lähde ole erikseen mainittu.

#### 5.2.1 Haastattelu 1: Nainen, 37 v.

Ensimmäinen haastateltavamme on nainen, joka on suorittanut yliopistotutkinnon ja työskentelee opiskelemassaan ammatissa. Tällä hetkellä hän on kuitenkin pitkällä sairauslomalla ja etsii uutta työtä, sillä asiakaspalvelu on jännittämisen vuoksi hankalaa. Opinnäytetyöstämme hän sai tietää Kelan kuntoutuskurssilla. Ahdistavaa oloa on hänellä jossain määrin ollut jo lapsuudessa ja mahdollisesti lieviä paniikkikohtauksia. Ensimmäinen iso paniikkikohtaus oli vuonna 2011. Hän oli silloin ympäristössä, jossa heti tiedettiin mistä on kyse ja siihen osattiin reagoida. Silloin paniikkihäiriö myös diagnosoitiin. Hän koki olonsa kaikesta huolimatta turvallisiksi ja diagnoosin saaminen oli helpottavaa, sillä se selitti aikaisemmat ahdistuksen tunteet.

Paniikkihäiriön hän mieltää sairaudeksi, jossa voi tulla paniikkikohtauksia. Hänen mielestään kohtauksia voivat saada kaikki, mutta häiriö on kyseessä silloin kun kohtauksia on toistuvasti. Geneettinen alttius todennäköisesti vaikuttaa siihen puhkeako sairaus vai ei. Paniikkihäiriöön usein liittyy muita psyykkisiä häiriöitä, joten yksinään se on harvinainen:

Se on semmonen, mitähän, vähän semmonen pelottava tunne niinku siitä, että nyt niinku jotain tapahtuu itselle kehossa. Sitä ei pysty tietenkään hallitsemaan mitenkään siinä kohtaustilanteessa.

Haastattelulla oli aktiivinen terapiasuhde kun paniikkihäiriö diagnosoitiin. Kaiken kaikkiaan hän on ollut kognitiivisessa psykoterapiassa kolme vuotta. Koska Kela ei terapiaa enää tue, on hän taloudellisten syiden vuoksi joutunut sen lopettamaan. Hän kokee keskustelun kuitenkin merkittäväksi hoitomuodoksi ja käykin tällä hetkellä psykiatrisella poliklinikalla keskusteluterapiassa kerran kolmessa viikossa. Toiveena on, että hänen olisi mahdollista käydä keskusteluterapiassa useammin tai jatkaa psykoterapiaa sellaisessa muodossa kuin se aikaisemmin oli. Myös toive rentouttavista menetelmistä, kuten hieronnasta, nousee haastattelussa esiin, sillä kohtaus tulee hänen mielestään helpommin jos on vaikka stressin vuoksi jännittynyt. Hän on käynyt aikaisemmin säännöllisesti hierojalla ja kokenut sen hyväksi. Kesällä 2012 fysikaalinen hoito auttoi todella paljon selkäkipuun. Akupunktiota hän on ottanut niskakipuun, mutta ei kokenut saaneensa siitä juurikaan apua.

Kela järjestää monenlaisia kuntoutuskursseja ja haastattelemamme henkilö löysi internetin kautta kurseja myös paniikkihäiriötä sairastaville. Kurseille vaaditaan B-lausunto ja hän sai sen psykiatriselta poliklinikalta, jossa haastateltavan kurssille osallistumista pidettiin erittäin hyvänä ajatuksena. B-lausunto on Kelan lomakkeelle laadittu lääkärinlausunto pitkän työkyvyttömyyden, päivärahan, eläkkeen, lääkekorvauksen tai muun etuuden tarpeen selvittämiseksi (Lääketieteen termit 2007: 73). Kurssi paniikkihäiriöisille kesti kaikkiaan seitsemäntoista päivää ja se toteutettiin kolmessa eri jaksossa:

Joo, se oli todella loistava. Ehkä se vertaistuki on semmonen mitä vois olla enemmän sitten, koska sitä siellä sai ja se kyllä tuntu, että se oli yli puolet kurssin annista. Sitten se, että näki niitä muita, että aijaa tonkin



näkönen voi olla... hyvin niinku ulkosesti sen näkösiä, että ei uskois, että voi sairastaa.

Lääkehoitona haastatellulla on Ciprallex, selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä, jonka hän kokee merkittävästi auttaneen masennukseen ja paniikkihäiriöön. Aiemmin käytössä olleen masennuslääkkeen hän ei kokenut juurikaan auttavan.

Haastattelemamme paniikkihäiriötä sairastava toivoo normaalia kohtelua. Hänen kanssaan työskenneltäessä olisi hyvä huolehtia siitä, että tila on äänimaailmaltaan rauhallinen. Täysi hiljaisuus voi olla painostavaa ja taustamelu vuorostaan häiritä sekä asiakkaan että hoidettavan keskittymistä. Rauhallinen musiikki voisi toimia hyvänä rauhoittavana elementtinä. Hoitohenkilökunnan vaatetus on yleensä valkoinen, mikä sinänsä ei haastateltavaa haittaa, mutta jokin muu väri saattaisi helpottaa jännitystä. Tilan ei tarvitse olla iso, mutta ei ahdaskaan. Ikkunallinen tila on miellyttävämpi kuin ikkunaton, vaikka sälekaihtimet olisivatkin alhaalla:

Oikeastaan sanotaan näin, että harvoin se tulee ilmi, että mulla on se paniikkihäiriö. Kun mä meen vaikka, kun mä kävin siellä fysioterapiassa, ei ne tienneet että mulla on paniikkihäiriö. Ei sitä välttämättä niin tarkasti kysytä. Kyllä siinä jonkinlainen kysely oli, mutta ehkä mä laitoin vaan se masennus en jaksanut lähteä erottelemaan sitä.

Haastateltavamme ei halua, että ensimmäisellä käyntikerralla paniikkihäiriöön kiinnitetäisiin huomiota. Hänen mielestään joku voi loukkaantua siitäkin kun lääkärinpaperissa näkyy maininta asiasta vaikka käyntisyy olisi jalkakipu. Tilanteen mukaan sen voi ottaa esille myöhemmin ja kysyä tarvitseeko jotain erityistä. Hän ei miellä osteopatiaa hoitomuodoksi, josta paniikkihäiriöinen lähtee hakemaan sairauteensa apua:

Mulla nimittäin se fysioterapeutti se oli niinku ensimmäinen joka puuttu mun hengitykseen että et sillonku mä puhun ni mä hengitän oikein, mut sitteku mä niinku kuuntelin niin mä hengitin väärin ja me ihan tehtiin hengitysharjoituksia siellä. Et siin mielessä niinku et mä ensin sanoin et ehkä paniikkihäiriössä no ei tuu ensimmäisenä mieleen osteopatia mutta varmaan niinku siinä paniikkihäiriössähän sä alat hyperventiloimaan ja sä luulet että sä et saa happea niinku niin myös tuolla kurssilla oli sitä pal-leahengitystä, niinku opeteltiin.

### 5.2.2 Haastattelu 2: Mies, 38 v.

Toinen haastateltavamme on mies, joka on saanut paniikkihäiriödiagnoosin vuonna 2000 voimakkaiden paniikkikohtausten jälkeen. Hän kertoo syiden olevan henkilökohtaisia, mutta liittyneen parisuhteeseen. Diagnoosin saaminen oli helppoa ja hoitohenkilökunta tiesi heti mistä oli kyse. Hän on vakituksessa työssä, mutta kertoo kokevansa, että paniikkihäiriö on vieläkin yhteiskunnassamme tabu eikä hän voi esimerkiksi työpäikällään siitä puhua. Ensimmäiset paniikkikohtaukset olivat armeijassa, mutta niiden kesto oli vain muutamia sekunteja. Hän ei muista niitä olleen lapsuudessa.

Siihen mikä paniikkihäiriö on, on hänen mielestään vaikea vastata. Toisaalta on oma kokemus, toisaalta sairaudesta hankittu tieto. Oirekuvaan liittyy paniikkikohtaukset:

Kyllä se nyt jollain tapaa liittyy sellaseen tiedostamattomaan mielen alueeseen, ehkä on ensimmäinen asia mikä tulee mieleen ja tuota tunne-elämään. Se on se niinkö ainakin jossain määrin niinku torjuttuihin tunteisiin....toisaalta sitten on se, on se niinkö osa suurempaa kokonaisuutta johon liittyy sellaset niinku omat ajattelutottumukset ja sellanen niinkö tapa tulkita asioita. Loppujen lopuksi se on aika monimutkainen vyyhti ja siihen ei oo sellasta niinkö kauheen lyhyttä kaikenkattavaa selitystä että mikä se oikein on.

Haastateltavamme on saanut sairauteensa lääkehoitoa, mutta ei voinut sitä hyödyntää, sillä sivuoireet olivat voimakkaita: laukaisivat paniikkikohtauksia ja lisäsivät ahdistuneisuutta. Hän kertoo paniikkihäiriön akuutissa vaiheessa lääkehoidon olevan paras hoitomuoto ja kuntoutumisessa psykoterapian. Terapia on tiivistä ja hoitoon kuuluu säännölliset tapaamiset kognitiivisen psykoterapeutin luona. Hänellä oli aikaisempi terapisuhde, jonka hän ei kokenut toimivan hyvin. Tällä hetkellä hänellä on hyvä terapeutti, mutta käynnit ovat silti aika rankkoja.

Haastateltavamme on käynyt satunnaisesti ja välillä säännöllisesti hierojalla selkäkipujen ja jäykkyyden vuoksi. Sairauden alkuvaiheessa hieronta kuitenkin aiheutti levottoman ja huonon olon ja hän lopetti käynnit. Haastateltavamme kertookin että ”se niin kuin kiihdytti vaikka sen pitäisi rentouttaa”. Nykyisin hieronta saa hänet rentoutumaan:

Tuli semmonen vähän niinku pyörryttävä fiilis siinä kesken hieronnan, joutu joskus jopa niinku lopettamaan aikaa aikaisemmin et se ei liity siihen minusta se hieroja, se liittyy suorastaan ihan siihen itse hoitoon se.

Hän on käynyt myös Rosen-terapiassa, jossa koki mielekkääksi kosketuksen ja samanaikaisen keskustelun. Haastateltavamme mielestä olisi hyvä, että sairaus olisi hoitohenkilökunnalla tiedossa ja että siihen suhtauduttaisiin luontevasti ”kuin flunssaan”, sillä se on potilaan arkea ja päivittäin hän joka tapauksessa joutuu sitä miettimään. Hoitoon tullessa ensivaikutelma on todella tärkeä. Koska paniikkihäiriöiselle voi huono olo tulla milloin vain, olisi hyvä, ettei hoitohenkilökunta reagoisi siihen voimakkaasti ja ”yli-dramatisoisi” sitä. Asian esille nostaminen on helpompaa, kun siihen suhtautuminen on luontevaa ja välitöntä. Paniikkihäiriöön sairautena liittyy häpeä, mutta luontevuus hoitosuhteessa voi ohittaa sen.

### 5.2.3 Haastattelu 3: Mies, 48 v.

Kolmas haastateltavamme on mies, jolla paniikkihäiriö on diagnosoitu noin kolme vuotta sitten. Hän on tehnyt monenlaisia töitä, ollut ”himoliikkuja” ja harrastanut triathlonia. Tällä hetkellä hän toimii freelancerina radio- ja tv-tuotannossa, mutta on sairauden vuoksi ollut pitkään työttömänä ja jättänyt hakemuksen työkyvyttömyyseläkkeestä maaliskuussa 2012. Ahdistavaa oloa hän kertoo olleen jo lapsuudessa ja jälkikäteen muistelee saaneensa lieviä paniikkikohtauksia jo silloin, mutta että niitä ei osattu tunnistaa.

Noin 25-vuotiaana hänellä oli ollut yksi ”kummallinen tykytys- ja pahoinvointikohtaus”, jota tutkittiin ensiavussa ja hoidettiin uupumuksena ja ahdistuneisuutena, sillä muita syitä ei löytynyt:

Mä sain sit semosen kummallisen niinkun aivan hirveen tykytys ja tämänmösen niinku ikään kuin sairauskohtauksen olonen tila jossa mä sitten, niin, rupesin voimaan pahoin. Ja mä olin itse asiassa mies parhaassa kunnossa. Mä olin silloin ehkä parhaassa fyysisessä kunnossa mitä mä olen koskaan ollut. Mä juoksin maratoonia ja kaikkee silloin. Mä ajattelin että jos mulla kumminkin on joku sydänkohtaus tai joku muu sairauskohtaus...Mut vietiin sitten tonne tuota niin niin Kallion ensiapuun sinne terveystieteiden keskus ja tota niin siellä ne hetken tutki, ei ne löytäne mitään. Musta otettiin verenpaineet ja kaikki ja otettiin verikokeet ja muut. Mitään ei niinku löytyny, elimellistä syytä. Aivosähkökäyräkin otettiin jopa, mutta ei sieltä löytyny mitään.

Sen jälkeen hän oli oireeton kunnes kolme vuotta sitten hänellä oli sydämen rytmihäiriö, flimmeri, ja häntä hoidettiin oireiden mukaisesti eli sinusrytmiä palautettiin sairaalassa. Flimmeri (fibrillatio atriorum lat.) eli eteisvärinä, on sydämen rytmihäiriö, jossa eteiset eivät supistu säännöllisesti. Eri kohdissa tapahtuva eritahtinen supistelu saa ne ikään kuin värisemään, jolloin syke on epäsäännöllinen ja epätasainen (Lääketieteen termit 2007: 157.) Hoitohenkilökunta ei silloin osannut epäillä paniikkikohtausta. Haastateltavan lähipiirissä oli paniikkihäiriöön sairastuneita, jotka epäilivät, että samasta sairaudesta saattaisi olla kyse. Muutaman kuukauden kuluttua yksityiseltä sektorilta löytyi lääkäri, joka tunnisti oireet paniikkikohtauksiksi ja teki paniikkihäiriödiagnoosin.

Haastateltava kokee, että sydänoireet ja koettu epävarmuus jätti pelkotilan ja kuolemanpelon, jonka kanssa hän yhä kamppailee. Paniikkihäiriödiagnoosia vastaan hän protestoi eikä sen saaminen ollut helpottavaa, sillä haastateltavan mielestä fyysisiin sairauksiin olisi helpompi löytää parannuskeino. Paniikkihäiriön hän kokee hyvin epä määräisenä ja rasittavana ja miettii paraneeko siitä koskaan vai onko se aina piilossa oleva. Hän haluaa uskoa, että siitä voi parantua, mutta on aika epäilevä. Toisaalta mitä nuorempi on ja mitä nopeammin pääsee hoitoon, sitä paremmat edellytykset paraneamiseen on. Lääkkäämillä voi kuitenkin olla paremmat resurssit sairauden kanssa elämiseen, hän pohtii:

Eilen viimeks mää vein mattoja häkkivarastoon kotona ja tota yhtäkkiä siis aivan valtava paniikki tuli. Okei, se oli 10 minuutissa ohi, mutta sitä vaan miettii, että mistä se tulee, kun ei niiku ymmärrä sen syntymekanismia oikeen. Se on käsittämätön juttu mistä se tulee ja kerta toisensa jälkeen se kumminkin yllättää.

Hänen mielestään paniikkikohtausta ja paniikkihäiriötä sekoitetaan usein keskenään. Paniikkikohtausta voi tapahtua kenelle vain esimerkiksi onnettomuuden yhteydessä. Paniikkihäiriö sen sijaan on krooninen sairaus. Geneettisen alttiuden hän katsoo vaikuttavan siihen puhkeako sairaus vai ei, mutta myös sen, että kyse on muustakin: olosuhteista, oman henkisen voiman riittävydestä ja riittämättömyydestä:

Mä sanosin kumminkin, että omalla kohdallani on aika paljon kyse siitä, että olen polttanut kynttilää molemmista päistä. Mä olen yrittänyt suoriutua ja suoriutumisesta päästyäni siis ihan siis se on ollut semmosta se elämä.

Jotenkin mä vaan koen että tuli mitta täyteen ja sitten naks, joku katkes niin sanotusti.

Hoidoksi hän kertoo saaneensa Kelan tukemaa kognitiivista psykoterapiaa, johon on osittain liittynyt myös toiminnallisuus. Tällä hetkellä lääkehoito on ainoa hoito. Lääkkeenä on sekä Venlafaxin, joka vaikuttaa keskushermostoon, että Xanor, joka on bentodiatsepiini ja josta hän on vähennysjaksolla. Rauhoittavien lääkkeiden käytön hän kokee ristiriitaisena. Toisaalta syyllistetään ja sanotaan, että niistä on päästävä eroon, sillä ne aiheuttavat riippuvuutta. Hän kuitenkin kokee ne ainoana apuna sairauden tiettyissä vaiheissa ja sen kestämisessä.

Paniikkihäiriöön pitäisi hänen mielestään suhtautua vakavammin kuin mitä tehdään – kyseessä on laaja ongelma. Sairaudessa keskitytään pääasiassa psyykkisiin ongelmiin, joita hoidetaan ensisijaisesti lääkkeillä. Kuitenkin tarvetta olisi muillekin tukimuodoille, haastateltavamme lisää. Psykoterapian hän kokee antavan lääkitystä paremmin eväitä sairauden kohtaamiseen. Kelan kuntoutuskurssilla hän ei ole käynyt, mutta on harkinnut sitä. Asuessaan toisella paikkakunnalla hän oli aktiivisesti mukana vertaistukiryhmätoiminnassa ja pohtii sellaisen perustamista nyt tänne pääkaupunkiseudulle:

Vaikka paniikkihäiriö on tämmönen kummallinen kokonaisuus jotain aivoissa tapahtuvaa sähkökemiallista juttua, mutta että kaikesta huolimatta se niinku se kokemus on kovin fyysinen kumminkin. Tyypillisesti, niinku mulla esimerkiksi, että pelätessään sitä paniikkia, ihminen jäykistyy, siis ihan olemukseltaankin jo, ja silloin syntyy näitä niinku jumeja, ei pelkää täällä pääkopassa, vaan siis koko elimistö on ikään kuin pelokkaan jäykistyneessä tilassa. Se on ihan tyypillistä paniikkihäiriöiselle.

Jatkuvat niskakivut ja jäykkyys saivat hänet hakeutumaan lääkäriin puoli vuotta paniikkihäiriödiagnoosin jälkeen. Hänelle määrättiin lihasrelaksanteja ja hän pyysi lähetettää hierojalle. Käynnit urheiluhierojan luona, kuukauden aikana kahdeksan kertaa, hän koki erittäin positiivisena ja toivoo, että edellä mainittua mahdollisuutta hoitohenkilökunta tarjoaisi aktiivisesti eikä sitä tarvitsisi erikseen vaatia. Hän tiedostaa, että pitäisi venytellä ja hoitaa itseään, mutta tietyssä henkisessä tilassa siihen ei aina löydy voimia.

Haastatteluhetkellä hän kertoo kärsivänsä ajoittain voimakkaastakin tinnituksesta, jonka hän arvioi johtuvan ylävartalon ja niskan jäykkyydestä ja huonosta verenkierrosta.

Hän kertoo lääkkeilläkin olevan mahdollisesti osansa tinnitukseen, sillä se on joidenkin sivuoire kuin myös lihas- ja niveljäykkyys:

Mieluummin mä koen sen fyysisen kosketuksen, koska siinä on ihminen läsnä. Kun se lääke, se on sellainen kylmä, kemiallinen niinku ikäänkun juttu vaan jossa ei ole mitään persoonallista läsnä ja kumminkin tässä sairaudessa on kyse aika paljon sellasista niinku myös persoonakohtaisista asioista. Mä uskoisin että fyysinen kosketus on pelkästään hyvästä.

Kysyttäessä paniikkihäiriöisen kanssa huomioonotettavista asioista, haastateltavamme kertoo, että on yksilöllistä miten paniikkihäiriöiset reagoivat erilaisiin tiloihin. Hän itse on tuntemattomien ja julkisten paikkojen kammainen ja esimerkiksi suurissa kauppakeskuksissa pystyy olemaan vain tietyn ajan. Sen jälkeen hänen on vetäydyttävä parkkihalliin autoon istumaan. Hän ei välttämättä kestä tilannetta, jos ei tiedä milloin pääsee tiloista pois. Sama pätee myös toiseen suuntaan eli aikatauluista kannattaa pitää kiinni, hän neuvoo. Jos paniikkihäiriöinen joutuu odottamaan esimerkiksi 15 minuuttia sovutusta ajasta, turvattomuuden ja hädän tunne saattaa tulla ylivoimaiseksi.

Hänen mielestään manuaalisessa terapiassa on kyse fyysisestä koskettamisesta. Tällöin on tärkeää saavuttaa tietty luottamus ja erityisesti paniikkihäiriöiselle se on tärkeää. Hoitajan ja potilaan välinen hyvä vuorovaikutus saa olon tuntumaan turvalliselta. Haastateltavamme ehdotuksena on, että hoitaja voisi käydä ennakkoon kotikäynnillä tutustumassa potilaaseen. Turvallisuutta lisää, jos paniikkihäiriöinen saa etukäteistietoja, joista suurin piirtein tietää mitä on hoidossa odotettavissa. Haastateltavamme kertoo, että usko elämään on sairauden vuoksi välillä koetuksella. Hän ilmaisee toiveensa siitä, että aktiivisesti kysyttäisiin miten voit ja miten jaksat kyseisen sairauden kanssa:

Kun mulle sitä hierontaa tehtiin silloin se kuukauden jakso, ni mulle oli yllätys, että rintaranka voi olla niin jumissa, että se vaikuttaa jopa nielemiseen ja ruokatorven tähän niinku toimintaan. Mä esimerkiks luulin silloin alussa, että mulla on sydänkohtauksia, ku tää rintaranka oli niin jumissa, että tuli sellasia kummallisia muljahduksia.

Haastateltavamme katsoo osteopatian liittyvän tuki- ja liikuntaelimistöön, niska- ja selkäkipujen hoitoon. Hän ei usko, että paniikkihäiriöinen tulisi osteopaatille hoidattamaan paniikkihäiriötään. Oma jännittynyt tila ajaa sairastavan kuitenkin ”kipsitilaan”, johon toivotaan apua.

### 5.3 Osteopaatin näkemys paniikkihäiriöön

Esikartoituksen tuloksia syventääksemme teimme teemahaastattelun yli kaksikymmentä vuotta ammatissaan toimineelle osteopaatille. Uran alkuvaiheessa hänellä kävi lähinnä tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsiviä potilaita, mutta kokemuksen ja taitojen kartuttua myös muista vaivoista kärsiviä potilaita on tullut. Jotkut tulevat hoitoon jopa ensisijaisesti psyykkisten oireiden takia. Osteopaatti perustaa haastattelussa esittämänsä näkemykset näihin hoitokokemuksiin. Hänelle on vuosien varrella kertynyt kokemusta myös paniikkihäiriötä sairastavien hoitamisesta.

Haastateltava ajattelee paniikkikohtauksissa olevan kyse vaihtelevan ajan kestävästä tilanteista, joihin liittyy hyperventilaatiota, pakkoliikkeitä, selittämättömiä pelkotiloja, lihaskouristuksia ja sydämentykytystä. Kohtaus on nopeasti ohimenevä. Potilas ei välttämättä kerro paniikkihäiriöstään heti, mutta usein sairaus tulee myöhemmässä vaiheessa ilmi. Osteopaatti välttää potilaiden liiallista tenttaamista. Hänen käsityksensä mukaan taustalla voi olla traumaattisia kokemuksia jossain elämänvaiheessa:

Minun kokemus on että siellä taustalla on jonkun sortin trauma. Se voi olla joku lapsuudessa koettu joku henkinen, voimakas juttu tai sitten voi olla joku fyysinen juttu.

Tokihan voi olla, että jos vanhemmilla on tai, niin sieltä on otettu sitten tavallaan käyttäytymismalleja, että näinkin voi sitten reagoida jos alkaa mennä hankalaksi asiat.

Esimerkiksi lapsuudessa koettu voimakas psyykinen tai fyysinen trauma voi olla taustalla paniikkihäiriön puhkeamisessa. Haastateltava mainitsee, että sairaudessa voi olla kyse vanhemmilta opituista käyttäytymismalleista, mutta perintötekijöiden vaikutuksesta on vaikea sanoa. Mitään tiettyä yleistä kaavaa ei hänen mukaansa paniikkihäiriössä ole. Keholliset oireet voivat olla hyvin erilaisia, esimerkiksi selkä- ja vatsakipu ja päänsärky. Hän myös mainitsee sympaattisen hermoston olevan usein yliaktiivinen, mutta pitää sitä muutenkin erittäin yleisenä ongelmana:

Mitä yleensä aina kaikilla tämmösillä on, joilla on taipumusta on tommonen niinku hirveen voimakas sympaattisen hermoston tonus, mutta kellä

nyt tänä päivänä ei oo. Että kyllähän nyt kaikki on enempi tai vähempi stressaantuneita.

Paniikkihäiriöstä kärsivät haastateltavamme mukaan yleisimmin 20-40 -vuotiaat tunneliset ja luonteeltaan kiltit naiset. Joskus elämäntilanteeseen on liittynyt jokin stressaava tilanne, joka provosoi paniikkihäiriö-oireet. Näin ei kuitenkaan aina ole. Näitä tilanteita voivat olla läheisen kuolema tai ero puolisosta. Paniikkikohtaukseen reagoidaan eri tavoin. Toiset ottavat sen kevyemmin ja toiset stressaavat asiaa enemmän.

Haastateltavamme tekee yhteistyötä psykoterapeutin kanssa sellaisten potilaiden kohdalla, joilla on psyykkisiä sairauksia kuten esimerkiksi skitsofrenia ja masennus tai loppuun palaminen. Hän saattaa suositella psykoterapiaa myös muiden oireiden vuoksi hoitoon tulleille potilailleen.

Haastattelemamme osteopaatin hoito perustuu kranaaliseen ja biodynaamiseen osteopatiaan. Ensimmäiseksi hän hoitaa autonomisen hermoston epätasapainoa. Yleensä kyseessä on sympaattisen hermoston yliaktiivisuustila. Tilanteesta kuitenkin riippuu hoidetaanko parasympaattista hermostoa vai sympaattista hermostoa. Hänen mukaansa pitkittyneissä tilanteissa parasympaattinen hermosto on yliaktiivinen, jolloin hän hoitaa potilasta ensisijaisesti kranaalisen osteopatian menetelmin:

Mun ensimmäinen lähtökohta on että mä koitan saada niinku tasapainotettua tuon sympaattisen-parasympaattisen hermoston.

Joskus rintaontelon alueella rintarangassa, -lastassa tai kylkiluissa on toimintahäiriöitä, joihin tulee kiinnittää huomiota. Toiminnallisia ongelmia voi usein esiintyä myös leukanivelissä ja os ethmoidalessa (seulaluu).

Haastateltavamme mainitsee, että positiivisia hoitotuloksia on tullut. Hän kuitenkin toteaa, että hoitotulokset eivät välttämättä ole pitkäaikaisia. Potilaalla saattaa olla pitkiäkin oireettomia jaksoja, mutta uuden stressitilanteen aikana oireet voivat palata. Tämän herkkyyden hän arvelee olevan pysyvä ominaisuus. Hän ajattelee, että oireita voidaan kyllä hyvinkin lievittää, mutta ei antaisi takuuta sille, että kohtaukset pysyisivät kokonaan poissa:



Tuloksia on kyllä saatu, on ihan hyviäkin tuloksia... Pysyvyydestä, siitä nyt en pysty sanomaan, että mikä tässä maailmassa on nyt niin pysyvää. Jos sä kerran sairastat flunssan ja saat antibioottikuurin, niin ei se takaa sitä etteikö se tule uudestaan.

Hoidossa hän painottaa ajattelemaan osteopaattisia peruseriaatteita ja toimimaan niiden pohjalta. Hoitotekniikoilla ei hänen mukaansa ole niinkään merkitystä, koska samoja alueita voidaan hoitaa erilaisilla tekniikoilla:

Mä nään että silloin kun mä noudatan osteopaattisia peruseriaatteita ja mä teen sen hoidon sen mukaan, niin tuota, että ei oo olemassa mitään semmosia vippaskonsteja. Tekniikoitahan on maailmassa pilvin pimein, mutta sitten kun mennään siihen että lähdetään kattomaan jotain asiaa, niin se on ihan yks hailee että millä tekniikalla se homma hoidetaan, kunhan se saadaan hoidettua... Mä en usko vippaskonsteihin.

Hyperventilaatiokohtauksen tullessa potilasta tulisi ensin rauhoittaa puhumalla ja kannustaa häntä hengittämään rauhallisesti. Vatsan alueen sympaattisen hermoston ganglioita voi hoitaa, jolloin hengitys ja pallean toiminta normalisoituu. Myös parasympaattisen hermoston hoitaminen n. vagusta (kiertäjähermo) käsittelemällä on hyödyllistä.

Potilaan kannalta alkuperäisen syyn selvittäminen ja hoitaminen olisi tärkeää, jos se on mahdollista. Syy voi olla vaikka elinympäristössä, kuten parisuhteessa, psyykkisissä tekijöissä tai kehossa. Vaikka syytä ei saataisi poistettua, pelkästään sen tiedostaminen auttaa jo paljon oireiden hallinnassa:

Joskus on löytyny aika ihmeellisiäkin juttuja, että mikä sitten voi häiritä sitä hommaa.

Haastateltava mainitsee, että joskus hoito voi nostaa tunteita pintaan ja potilas saattaa alkaa vaikka itkeä. Hoitaja on tällöin voinut hoitaa liian voimakkaasti. Voimalla haastateltavamme ei tarkoita suoranaisesti fyysistä voimankäyttöä, vaan hoitajan asennetta hoitaa niin sanotusti väkisin. Esimerkiksi kraniaalisen hoidon vaikutukset voivat olla todella huomattavia:

Tekniikat on joskus voimakkaampia kun arvataankaan.

## 6 Kokemuksia hoitajaksosta Positia-klinikalla

Syksyn 2012 aikana hoidimme koulun Positia-klinikalla kahta paniikkihäiriötä sairastavaa tutkimushenkilöä. Pyrimme hoitaessa toimimaan sen tiedon valossa mitä olimme kirjallisuudesta ja teemahaastatteluista oppineet. Kumpikin potilas kävi klinikalla viisi kertaa. Hoitajaksojen päätyttyä haastattelimme potilaita ja kysyimme heidän kokemuksiaan hoidosta.

Vaikka tilat ja hoitajat olivat potilaille teemahaastattelun myötä jo ennakkoon tuttuja, molemmat kertovat jännittäneensä alkuvaiheessa käyntejä. Toinen koehenkilö mainitsee, että joskus rentoutuminen ei vain ole helppoa, vaikka useampi käyntikerta olisikin jo takana. Rentoutuneeseen tilaan pääseminen sujuu kuitenkin jatkokäynneillä yleensä aina hieman aiempaa nopeammin. Loppuhaastattelut vahvistivat edelleen sen, että paniikkihäiriöiselle on todella tärkeää tietää mihin hän on tulossa ja mitä siellä on odotettavissa.

Hoito toteutettiin Positia-klinikalla ikkunallisessa hoituhuoneessa. Hoitoajat varattiin yhdellä kertaa koko jaksolle eikä hoitaja vaihtunut hoitajakson aikana. Ajanvaraukseen liittyvä kommunikointi, kuten ajan muuttaminen tai peruuttaminen osoittautui kuitenkin osittain puutteelliseksi. Toinen potilas joutui kerran peruuttamaan aikansa eikä tuolloin tiennyt minne soittaisi asiasta. Ajanvaraus oli tehty sähköpostitse eikä puhelinnumeroa klinikalle oltu huomattu erikseen antaa. Hoitajan olisikin aina hyvä varmistaa, että potilaalla on tarvittavat yhteystiedot eikä olettaa, että potilas selvittää ne itse. Toinen potilas jätti muutaman kerran saapumatta hoitoon ja ottaessamme häneen yhteyttä, sanoi unohtaneensa sovitun ajan. Päätöshaastattelussa hän kertoi paniikkihäiriöisen useinkin kärsivän ”loppuhetken jännityksestä”, joka saattaa kokonaan estää esimerkiksi hoitokäynnille lähtemisen. Hoitajan on hyvä tiedostaa tämä ja miettiä toimintamallia tällaisen tilanteen varalle.

Potilaat kokivat osteopatian miellyttävänä hoitomuotona. Rauhallinen ja heidän sanojensa mukaan paineleva ja venyttelevä hoito on tuntunut hyvältä. Luonnollisen ja rennon potilas-hoitaja -suhteen muodostuminen käyntien kuluessa on todella tärkeää potilaalle, jotta hän halutessaan uskaltaa avautua enemmän.

Hoitojen aikana potilaita pyrittiin mahdollisimman hyvin informoimaan siitä, mitä ollaan tekemässä ja mihin on tarkoitus vaikuttaa. Potilaat ovat kokeneet sen tärkeänä, vaikka anatomisia ja osteopaattisia termejä onkin heidän mielestään välillä ollut vaikea ymmärtää. Toinen potilaista toi häntä yllättävänä asiana esiin sen, että osteopatiassa ei ole kyse vain lihashuollosta vaan hoidolla on vaikutettu myös hermoratoihin ja aineenvaihduntaan. Haastattelujen perusteella tulee käsitys, että potilaat haluaisivat tietää osteopatiasta ja sen vaikuttavuudesta hyvinkin laajasti. Myönteiset hoitokokemukset ilmenivät potilaiden haluna jatkaa käyntejä ja osteopatia nähtiin hyödyllisenä osana paniikkihäiriötä sairastavan hoidossa.

## **7 Muistilista osteopaatille paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamiseen**

Asiantuntijoiden ja potilaiden haastatteluista sekä kirjallisuudesta kokoamiemme tietojen perusteella laadimme yhteenvedon muistilistan muotoon paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamisessa huomioon otettavista asioista. Käytimme muistilistaa rakentaessamme hyödyksi myös esikartoitusvaiheessa saamiemme osteopaattien sähköpostivastauksia ja potilaiden kokemuksia hoitajaksosta Positia-klinikalla. Saamastamme aineistosta nousi esiin viisi selkeää kategoriaa, joita käytimme muistilistan runkona: yksilöllisyys, luottamus, sanaton viestintä, paniikkikohtauksen yllättäessä ja hoidossa huomioitavaa. Kategorioiden ulkopuolelle jääneet tärkeät asiat kokosimme muita huomioita -otsikon alle.

Lähetimme laatimamme muistilistan sähköpostilla kaikille seitsemälle haastateltavallemme kommentointia varten ja saimme heistä viideltä palautetta. Terveystieteiden asiantuntijoista kaksi totesi, ettei heillä ole listaan mitään huomautettavaa ja yksi nosti esiin jo aiemminkin korostamansa hyväksyvän, tuomitsemattoman ja rauhallisen suhtautumisen merkityksen mikäli potilas hoidon aikana saa tunnereaktioita tai oireilee psyykkisesti. Hänen mukaansa on tärkeää, ettei osteopaatti hermostu tai ahdistu itse liikaa.

Potilailta saimme kaksi viestiä muistilistaan liittyen. Toinen vastaaja totesi, että hänestä siinä on perusasiat tuotu hyvin esiin. Ainoa asia, joka häntä hieman kummastutti, oli viittaus itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Hän arvelee, että paniikkihäiriöiset pikemminkin pelkäävät pahojen asioiden tapahtumista kuin että he haluaisivat aiheuttaa itselleen vahinkoa. Tässä suhteessa onkin varmasti erittäin paljon yksilöllisiä eroja eikä asian listalle mukaan ottaminen tarkoitaakaan, että osteopaatin pitäisi olla tästä huolissaan jokaisen potilaan kohdalla. Päätimme pitää sen kuitenkin listalla mukana, sillä kohonnut itsetuhoisuuden riski tuotiin esiin sekä kirjallisuudessa että terveydenhuollon asiantuntijoiden taholta. Erityisesti mikäli potilaalla ilmenee samanaikaista päihdeongelmaa, tämä seikka on hyvä muistaa ja tarvittaessa auttaa henkilöä hakemaan apua tilanteeseensa.

Potilaista toinen piti muistilistassamme rauhallisuuden korostamista ensisijaisen tärkeänä asiana. Hän kuvaa vastauksessaan itse vaikean paniikkikohtauksen aikana olleensa kahden terveydenhuollon ammattilaisen seurassa, joista toinen säilytti rauhallisuutensa ja toinen alkoi hätäillä pyrkien jo haastattelemaan potilasta, vaikkei tämä vielä kunnolla pystynyt puhumaankaan. Osteopaatinkin on siis hyvä muistaa, että mahdollisen kohtauksen ohitse menemistä kannattaa odotella kaikessa rauhassa. Lisäksi vastaaja korosti välttämiskäyttäytymiseen puuttumista eli potilasta tulisi rohkaista palaamaan hoitoon, vaikka tämä olisikin saanut vastaanotolla paniikkikohtauksen. Hänen mukaansa heti kohtauksen jälkeen tilannetta ei välttämättä vielä jaksa käsitellä, mutta hän itse pitäisi siitä, jos osteopaatti soittaisi parin päivän jälkeen ja kysyisi vointia. Vastaajan mielestä paniikin ei pidä antaa voittaa, vaan potilaan kannattaa altistaa itseään niin paljon kuin vain mahdollista.

### 7.1 Yksilöllisyys

Yksilöllisen kohtaamisen tärkeys nousi voimakkaasti esiin kaikissa lähteissämme ja siksi korostamme sen merkitystä potilastyön lähtökohtana. Kaikki haastattelemamme terveydenhuollon asiantuntijat totesivat, että tyypillistä paniikkihäiriötä sairastavaa ei ole mahdollista määritellä, vaan heistä jokainen tulee kohdata yksilönä. Sairaudelle ominainen monihäiriöisyys ja sen vaikeusasteen vaihtelevuus nostettiin myös kirjallisuudessa toistuvasti esiin. Lisäksi osteopaattien sähköpostivastauksissa mainittiin tärkeinä asioina potilaskohtainen hoito ja suhtautuminen ilman ennako-odotuksia. Yksilöllisen kohtaamisen merkitys vahvistui edelleen potilaiden haastatteluissa, sillä totesimme heillä olevan keskenään hyvinkin erilaisia toiveita siitä, miten sairaus olisi hyvä huomioida.

### 7.2 Luottamus

Haastattelemiemme terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan luottamuksen syntyminen hoitosuhteessa on hyvin merkittävää, sillä paniikkihäiriötä sairastava potilas saattaa olla taipuvainen ajattelemaan, ettei kukaan voi ymmärtää ja auttaa häntä. Jo edellä mainittu yksilöllinen suhtautuminen luo mielestämme hyvät edellytykset luottamuksen kehittymiselle. Luottamuksellista vuorovaikutusta osaltaan edistää myös osteopaattien

vastauksissa esiin noussut asia, jonka mukaan paniikkihäiriötä sairastavalle kannattaa korostaa sitä, että hän saa aina vaihtaa asentoa tai sanoa, jos jokin asento tuntuu huonolta. Tämä neuvo kannattaa toki muistaa jokaisen potilaan kohdalla, mutta sen esiintuominen korostuu erityisesti ahdistuneisuushäiriöisten henkilöiden kanssa työskennellessä.

Potilaat ovat mielestämme parhaita asiantuntijoita kertomaan luottamusta edistävästä seikoista, joten muistilistalle mukaan ottamamme asiat on pääosin poimittu heidän haastatteluistaan. Potilaiden välillä oli mielipide-eroja siinä, tulisiko hoitajan saada tieto potilaan sairaudesta jo etukäteen, heti ensimmäisellä käyntikerralla vai vasta myöhemmin hoitajakson kuluessa. Jotkut halusivat, että asiaa kysyttäisiin aktiivisesti, toisten mielestä taas sen voisi ottaa esille tilanteen mukaan vasta myöhemmin ja tiedustella, tarvitseeko jotain erityistä sen vuoksi huomioida. On siis hyvin yksilöllistä miten paljon paniikkihäiriöinen haluaa sairauteensa kiinnitettävän huomiota. Luottamusta lisäävänä asiana potilaat pitivät etukäteistietojen saamista siitä, mitä hoidossa suurin piirtein on odotettavissa. Hyvänä koettiin myös se, että hoidon kuluessa osteopaatti kertoo, mitä hän tekee ja mihin hän sillä pyrkii vaikuttamaan. Lisäksi aikatauluista kiinnipitäminen niin hoidon aloittamisen kuin lopettamisenkin suhteen mainittiin tärkeänä asiana.

### 7.3 Sanaton viestintä

Osteopaatin rauhallinen olemus ja toiminta on seikka, jota kaikki haastattelemamme osapuolet korostivat. Kehon kieli ja esimerkiksi hengityksen rauhallisuus välittyi potilaalle vuorovaikutuksessa ja vaikuttaa omalta osaltaan hoitosuhteen onnistumiseen. Potilaat nostivat esiin ensivaikutelman ja hoitajan hyväksyvän suhtautumisen tärkeyden. He kertoivat myös siitä, että joillakin paniikkihäiriötä sairastavilla hoitajan valkoinen vaatetus saattaa lisätä jännittynyttä oloa. Osteopaatin onkin hyvä aina tiedostaa oman vaatetuksensa mahdollinen vaikutus hoitosuhteeseen.

### 7.4 Paniikkikohtauksen yllättäessä

Osteopaatin on hyvä jo ennakkoon suunnitella toimintatapaansa sairaskohtauksen varalle. Mikäli potilaalle puhkeaa paniikkikohtaus hoitokäynnillä, kaikkien tapaamiemme

asiantuntijoiden mukaan tärkeintä on, että hoitaja itse pysyy rauhallisena. Tilanne kannattaa ottaa vastaan luonnollisena tapahtumana ja suhtautua potilaaseen lempeästi ja hyväksyen. Sama asia tulee esiin myös potilaiden haastatteluissa. Heidän mukaansa hoitohenkilökunnan ei pitäisi reagoida kohtaukseen voimakkaasti ja ”ylidramatisoida” sitä, sillä usealle paniikkihäiriöiselle tilanne on arkipäivää ja ahdistava, huono olo voi tulla milloin vain. Osteopaatin on asiantuntijoiden mielestä hyvä välittää potilaalle ajatus, että hätäntynyt olo saa vapaasti tulla ja sen kanssa voi olla eikä sitä tarvitse yrittää torjua. Itse asiassa paniikkikohtaus voi haastattelemiemme asiantuntijoiden mukaan olla hyvinkin otollinen hetki tilanteen tarkasteluun yhdessä ja potilas voi parhaimmillaan saada tästä eväitä hallita kohtausta jatkossa aiempaa paremmin.

Mihinkään yksiselitteiseen patenttiratkaisuun paniikkikohtauksen lievittämiseksi emme tutkimuksen kuluessa törmänneet. Rauhallisen hengityksen ohjaaminen auttaa usein ja yksittäisinä toimenpiteinä potilas voi kokeilla esimerkiksi oman käden pitämistä vatsan päällä, havainnoinnin suuntaamista jalkapohjiin tai rauhoittavien uloshengitysharjoitusten tekemistä (Martin ym. 2010: 110). Paniikkihäiriön konsensuslausumassa (2000: 10) todetaan, että ensihoitona käytetyn paperipussiin hengittämisen hyödyllisyydestä ei ole saatu vakuuttavaa näyttöä. Osteopaatin haastattelussa todettiin rauhoittavan keskustelun ja tiettyjen tekniikoiden olevan hyödyllisiä hyperventilaatiokohtauksessa.

### 7.5 Hoitotilasta huomioitavaa

Rauhallisen ympäristön ja työskentelytilan merkitys on keskeinen ja sitä korostivat haastatteluissa niin potilaat kuin terveydenhuollon ammattilaisetkin. Mieltymykset ja toiveet hoitotilan suhteen ovat toki yksilöllisiä, mutta paniikkihäiriötä sairastavat totesivat, että toisaalta liian suuri, mutta toisaalta myös kovin ahdas tila voidaan kokea hankalana. Ikkunallinen hoitotila, jossa tarvittaessa voi laittaa sälekaihtimet kiinni, tuotiin esiin rauhoittavana, sillä se ei tuntuisi liian suljetulta. Ympäriältä kuuluva voimakas taustamelu ei ole miellyttävää jo muutenkin jännittyneelle henkilölle, toisaalta myöskään painostavan hiljainen tila ei välttämättä tunnu hyvältä. Potilaiden toiveena olikin äänimaailmaltaan rauhallinen tila, jossa mahdollisesti musiikki voisi toimia rauhoittavana elementtinä. Joillekin paniikkihäiriötä sairastaville potilaille voi olla hankalaa liikkua julkisissa tiloissa, mutta tässä on toki hyvin paljon yksilöllistä vaihtelua sairauden vaike-

usasteesta riippuen. On kuitenkin hyvä, että osteopaatti tiedostaa esimerkiksi hissien tai yleisen wc:n käyttämisen voivan joillekin olla jopa kynnykskysymys tulla palvelujen piiriin.

## 7.6 Muita huomioita

Paniikkihäiriötä sairastavat potilaamme toivoivat, että heitä kohdeltaisiin kuten ketä tahansa hoitoon tulevaa ja että sairauteen suhtauduttaisiin luontevasti. Terveystieteiden asiantuntijamme totesivat, että potilaalle voi tarvittaessa hyvinkin kertoa jo etukäteen, että manuaalinen hoito saattaa laukaista tunnereaktioita ja se on täysin normaalia. Koska keho on herkkä ja sen ajatellaan tallentaneen itseensä elämän varrella monia tunnepitoisia kokemuksia, ne saattavat joskus myös purkautua varsin yllättäen. Haastattelimme osteopaattiä esiin omana näkemyksenään, että jos potilas reagoi kovin voimakkaasti, hoitaja on todennäköisesti käyttänyt tilanteeseen nähden turhankin voimakasta hoitotapaa tai -menetelmiä.

Osteopaatin on terveydenhuollon asiantuntijoiden mielestä hyvä mahdollisuuksien mukaan tarkistaa, että paniikkihäiriötä sairastava potilas olisi jo vastaanotolle tullessaan käynyt lääkärillä, jolloin vakavat fyysiset ja psyykkiset sairaudet on suljettu pois. Potilaalta on hyvä myös tiedustella, onko hänellä mahdollisuus keskustella jossakin hoidon esille nostamista tunteista – varsinkin jos tuntuu siltä, että hoito käynnistää hänessä voimakkaita prosesseja. On hyvä lisäksi muistaa, että paniikkihäiriötä sairastavan henkilön alttius itsetuhoiseen käyttäytymiseen saattaa olla korkeampi kuin psyykkisesti terveillä mikäli hänellä on samanaikainen päihderiippuvuus.

## 7.7 Muistilista paniikkihäiriötä sairastavan kohtaamiseen

### **Kohtaa ihminen, älä diagnoosia**

- Muista, että jokainen potilas on erilainen. Paniikkihäiriön kliininen kuva ja vaikeusaste vaihtelee ja siihen liittyy usein muitakin sairauksia
- On hyvin yksilöllistä miten paniikkihäiriöinen haluaa sairauteensa kiinnitettävän huomiota



- Lähesty ihmistä osteopaattisten perusperiaatteiden mukaisesti ilman ennakkoodotuksia

### **Rakenna luottamusta**

- Etukäteistiedot hoidosta lisäävät luottamusta
- Tee selväksi, että aina voi sanoa jos tekniikka tai asento tuntuu epämukavalle
- Kerro hoidon aikana mitä teet ja mihin sillä vaikutat
- Pidä kiinni aikatauluista!
- Kunnioita potilaan valintaa kertoa tai olla kertomatta paniikkihäiriöstään

### **Sanaton viestintä vaikuttaa**

- Hyväksyvä ensivaikutelma on tärkeää
- Ole rauhallinen
- Tiedosta oman vaatetuksesi merkitys kuten valkoinen hoitotakki

### **Paniikkikohtauksen yllättäessä**

- Pysy rauhallisena
- Kohtaus on luonnollinen tapahtuma, joten suhtaudu hyväksyvästi potilaaseen
- Vältä ylidramatisointia
- Älä yritä väkisin torjua paniikkikohtausta
- Kohtauksen käsittely keskustelemalla voi lisätä potilaan itsehallintakeinoja vastaavissa tilanteissa

### **Hoitoympäristöllä on merkitystä**

- Varmista hoitotilan rauhallisuus
- Ikkunallinen, ei liian suljettu tai ahtaan tuntuinen tila
- Vältä voimakasta taustamelua, mutta myös painostavaa hiljaisuutta
- Keskustele mahdollisesta rauhallisesta taustamusiikista
- Yleiset tilat kuten hissi ja julkinen wc voivat olla potilaalle kynnyksikysymys

### **Muuta huomioitavaa**

- Kerro, että hoito voi laukaista erilaisia tunnereaktioita
- Muista, että paniikkihäiriö on sairaus siinä missä muutkin sairaudet

- Tarkista onko potilaalla diagnoosi ja onko keskustellut lääkärin kanssa asiasta, jotta vakavat fyysiset ja psyykkiset sairaudet on suljettu pois
- Ohjaa potilas tarvittaessa keskusteluterapiaan ja pohdi yhteistyön mahdollisuutta hoitavan terapeutin kanssa
- Vältä liian voimakasta hoitamista
- Huomioi mahdollinen alttius itsetuhoiseen käytökseen
- Kohtauksen saamisen pelko aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä: paniikkipotilaan tulisi kuitenkin altistaa itseään

## 8 Lopuksi

Lähtökohtana opinnäytetyöllemme oli omalta osaltamme edistää paniikkihäiriötä sairastavien hyvinvointia Suomessa. Halusimme lisätä tietoaamme paniikkihäiriöstä, sen hoidosta ja sitä sairastavan kohtaamisesta. Valitsimme tutkimuskohteeksi paniikkihäiriön, koska sairautena se kiinnosti meitä ja siihen sisältyy hyvin voimakkaasti sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita. Selvitimme asiaa terveydenhuollon asiantuntijoiden, osteopaattien ja potilaiden näkökulmista sähköpostikyselyn, teemahaastattelujen ja koehoitajaksojen avulla. Tutkimuksen edetessä keskeiseksi teemaksi nousi potilaan kohtaaminen, josta tärkeimmät huomioonotettavat asiat koottiin muistilistaksi avuksi osteopaattien työhön.

Tutkimuksemme on toiminnallinen kehittämistyö. Olemme tietoisia siitä, että esimerkiksi osteopaateille rakentamamme muistilista potilaan kohtaamiseen perustuu kirjallisuuden lisäksi vain yksittäisten asiantuntijoiden ja potilaiden subjektiivisiin näkemyksiin. Näemme tämän heiltä välittyneen ns. hiljaisen tiedon kuitenkin erittäin merkittävänä. He ovat kaikki kiistattomasti asiantuntijoita paniikkihäiriöön liittyvissä seikoissa ja mielestämme meidän osteopaattien kannattaa siksi kuunnella tarkasti mitä heillä on sanottavanaan. Siitä huolimatta, että laatimaamme muistilistaa ei voi pitää kaiken kattavana, se on mielestämme varsin hyvä ohjenuora potilaan kohtaamiseen varsinkin työtään aloittelevalle osteopaatille. Työkokemuksen karttuessa itse kukin voi varmasti tarkentaa ja muokata sitä omien havaintojensa pohjalta eteenpäin.

Tarkoituksemme oli perehtyä paniikkihäiriöön mahdollisimman monipuolisesti ja mielestämme onnistuimmekin tässä tavoitteessamme hyvin. Tutkimuksemme olisi kuitenkin voinut olla järjestelmällisemmin suunniteltu ja selkeämmin rajattu alusta saakka. Tutkimusmenetelmien ja -tapojen parempi ymmärtäminen heti alussa olisi ehkä selkeyttänyt aiheen kohdistamista. Innostuimme matkan varrella tekemään ehkä turhankin monia asioita ja aika ajoin tutkimuksen kuluessa tuli tilanteita, jolloin havaitsimme punaisen langan kadonneen. Toisaalta laadulliselle tutkimukselle onkin tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaan. Kävimme suunnantarkistuskeskusteluja ja palasimme yhä uudelleen tavoitteisiimme ja tutkimuskysymyksiimme. Esikartoitusvaiheen jälkeen lähdimme ehkä jossain määrin ajelehti-

maan aiheemme kanssa ja sen jälkeen teemahaastattelut ikään kuin veivät meidät mennessään. Toisaalta voidaan myös ajatella, että tällaisessa ”ajelehtimisessä” on myönteinen puolensa: potilaan kohtaaminen ei olisi välttämättä noussut työssämme näin keskeiseksi aiheeksi, jos emme olisi avoimella mielellä kuunnelleet mitä meille viestitettiin.

Meille kaikille oli uusi kokemus tehdä näin laaja kirjallinen työ kolmen hengen ryhmässä. Sen etuna oli mahdollisuus jakaa tehtäviä henkilökohtaisten vahvuuksien mukaan. Yhteistyö toimi mielestämme hyvin ja jokainen sai mielekkäitä kokonaisuuksia hoitaakseen.

Kun tutkimuksen esikartoitusvaiheessa lähetimme sähköpostia työssä toimiville osteopaateille, tavoitteemme oli ainoastaan suurpiirteisesti selvittää, mahtaako heillä ylipääntään olla mitään kokemusta paniikkihäiriötä sairastavien hoitamisesta. Näin jälkepäin ajatellen jo tuonkin kyselyn sisällön olisi voinut suunnitella hieman tarkemmin. Kyselyyn vastasi vain 15 osteopaattia, vaikka yhdistyksissä on toistasataa jäsentä. Vastaajien määrä on siis varsin vähäinen, mikä vaikuttaa kartoituksen luotettavuuteen, emmekä voikaan tietää miten hyvin kyselyyn vastanneet henkilöt edustavat kaikkia osteopaatteja. Laajan esikartoituksen hankkiminen on tärkeää ja olisimmekin voineet hankkia sitä osteopaattien lisäksi myös muilta asiantuntijoilta. Se olisi helpottanut aiheen rajaamisessa ja tutkimustapojen valinnassa.

Vielä tutkimuksen alkuvaiheessa aioimme tehdä tapaustutkimuksen, jossa selvitetään osteopaattisen hoidon vaikutuksia paniikkihäiriötä sairastavaan henkilöön. Kirjallisuuden ja haastattelujen myötä aineisto kuitenkin kasvoi niin laajaksi, että päätimme rajata toteutusta ja olla tekemättä yksityiskohtaista tutkimusta koehoitajakson vaikuttavuudesta. Tämä oli mielestämme järkevä ratkaisu ja antoi meille mahdollisuuden keskittyä selkeämmin potilaan kohtaamisen teemaan. Tapaustutkimus hoidon vaikuttavuudesta olisi sikäläkin ollut erityisen haastava, koska paniikkihäiriö esiintyy vain harvoin täysin itsenäisenä sairautena.

Terveystieteiden asiantuntijat löytyivät haastatteluihin muutamien yhteydenottojen jälkeen, mutta potilaiden mukaan saaminen osoittautui yllättävän työlääksi. Aivan tutkimuksen alkuvaiheessa harkitsimme, että olisimme ottaneet yhteyttä työkseen esiinty-

viin henkilöihin, joilla on paniikkihäiriö. Arvelimme, että heidän olisi helppoa ilmaista tuntemuksiaan ja ajattelimme sen auttavan tutkimustulosten kuvailussa. Samaan aikaan rakensimme yhteistyökuviota Paniikkihäiriöyhdistyksen kanssa. Kävimme yhdistyksen illanvietossa kertomassa opinnäytetyöstämme ja kartoittamassa kiinnostusta. Emme vielä tuossa vaiheessa ymmärtäneet pyytää kiinnostuneiden yhteystietoja ja vaikka annoimmekin omat ja Positian yhteystiedot, ei yhteydenottoja heidän taholtaan tullut. Kun yhdistyksen toiminta yllättäen syksyn aikana muuttuikin, yhteystietojen saanti ei enää onnistunut, jolloin lupaavalta vaikuttanut yhteistyömme kariutui.

Potilashankinnan vaikeuteen vaikutti osaltaan myös se, että paniikkihäiriö sairautena voi rajoittaa hyvinkin paljon henkilön toimintakykyä ja liikkumista. Esimerkiksi useampi henkilö vastasi sosiaalisessa mediassa julkaisemaamme tutkimushenkilön hakuilmoitukseen, että julkisilla kulkuneuvoilla matkustaminen ei onnistu, vaikka kiinnostusta muuten olisikin. Myös pitkä matka osoittautui joillekin kynnykskysymykseksi. Lisäksi joissakin kommentoissa esitettiin kriittisiä ennakkokäsityksiä osteopatian vaikutusmahdollisuuksista.

Vaikka hoidosta ei tehtykään tarkasti raportoitua tapaustutkimusta, kokemukset hoitamisesta olivat meille arvokkaita. Koulutukseemme sisältyy suhteellisen vähän mahdollisuuksia ohjattuun harjoitteluun, jossa erityisesti kiinnitettäisiin huomiota potilaan kohtaamiseen. Kohtaamista ei voi opetella kirjoista. Molemmat potilaat kokivat saaneensa hoidosta hyötyä omaan fyysiseen vointiinsa ja sitä kautta myös paniikkihäiriön kanssa pärjäämiseen. He toivat esiin myös sen, että muutkin paniikkihäiriötä sairastavat voisivat hyötyä osteopatiasta.

Olemme tutkimuksessamme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä perehtymällä tutkimusaiheeseen opinnäytetyön laajuuteen nähden monipuolisesti. Opinnäytetyössä huomioon otettavia tutkimuseettisiä kysymyksiä ovat sekä hyvä tieteellinen käytäntö että tutkittavan suojaaminen (Härkönen – Karhu – Konkka – Mikkola – Roivas 2011: 24). Haastatteluista ja kirjallisuudesta saamaamme tietoa olemme kuvanneet mahdollisimman alkuperäisessä muodossa ja eri näkökulmat tasapuolisesti esiin nostaen. Haastattelut on nauhoitettu, johon olemme joka kerta kysyneet haastateltavalta luvan jo ennakkoon. Opinnäytetyöhön tuleva valmis teksti lähetettiin tarkistettavaksi kullekin

haastatellulle, mikä varmistaa luotettavuutta. Koko prosessin ajan niin tutkimuksen suunnittelussa kuin toteuttamisessakin olemme pyrkineet eettiseen huolellisuuteen.

Tutkittavien suojaamisella tarkoitetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden itsemääräämisoikeuden, tietosuojan ja vahingoittamattomuuden kunnioittamista. (Härkönen ym. 2011: 24). Tutkimuksessamme tämä on toteutunut siten, että olemme antaneet jokaiselle haastateltavalle henkilölle ja hoidossa olleelle potilaalle tutkimustiedotteen (Liitteet 7,8) sekä lisäksi olemme pyytäneet heiltä kultakin tietoisin, kirjallisen suostumuksen osallistumiseen (Liitteet 9,10). Kaikki tulokset on pyritty opinnäytetyössä tuomaan esiin siten, että yksittäistä henkilöä tai vastaajaa ei ole mahdollista tunnistaa. Tutkimuksen yhteydessä nauhoitetut haastattelut ja niistä tehdyt muistiinpanot hävitetään kokonaan työn valmistuttua.

Antoisinta opinnäytetyön tekemisessä oli sekä terveydenhuollon asiantuntijoiden että potilaiden kohtaaminen ja ajatustenvaihto heidän kanssaan. Kaikki tapaamamme henkilöt antoivat meille runsaasti aikaansa ja heittäytyivät aidosti ja luontevasti pohtimaan esittämiämme kysymyksiä. Oli mukava havaita, että haastattelemiemme psykiatrien ja psykologin ihmiskäsitys on pitkälti varsin samankaltainen kuin miten me osteopatiassakin ajattelemme. He toivat esiin näkemyksensä, että jaottelu kehon ja mielen välillä on hyvin keinotekoinen ja sen myötä ihmistä voi myös hoitaa ja hänen oireitaan lievittää kummastakin suunnasta käsin.

Haastatteluissa nousi esiin, että kehon ajatellaan varastoivan sellaisia muistoja ja tunteita, joita henkilö ei jostain syystä ole pystynyt elämänsä varrella käsittelemään. Keho ottaa ikään kuin kantaakseen sellaista, mitä mieli ei ole pystynyt jäsentämään. Tämä ajatus saa suhtautumaan potilaaseen entistä kunnioittavammin, sillä hänhän tuo tavaltaan kehossaan eletystä elämästään juuri ne kaikkein kipeimmät kohdat meille hoitoon. Ja vaikka osteopaatti ei olekaan terapeutti, manuaalisenkin hoidon kautta potilas saattaa pystyä käsittelemään hyvin monenlaisia asioita.

Yksi asiantuntija ilmaisi osuvasti, että mielen vieminen kehoon on kuin sen viemistä kotiin – ihminen rauhoittuu ja aivotkin saavat tarvitsemansa hengähdystauon. Tämä kuulostaa hyvin pitkälti juuri siltä, mistä osteopatiassa on kysymys – kun kehon saa rentoutumaan, mielikin alkaa levätä ja ihmisen voimavarat pääsevät palautumaan.

Opinnäytetyön kuluessa opimme, että paniikkihäiriötä sairastavissa potilaissa on paljon eroja. Toista diagnoosin saaminen helpottaa, toinen puolestaan protestoi sitä vastaan. Joku voi saada vertaistuesta paljon apua, kun taas toinen ei halua puhua sairaudestaan lainkaan ulkopuolisille. Joku haluaa, että häneltä kysytään aktiivisesti miten hän jaksaa sairautensa kanssa, kun taas toinen ei halua lainkaan, että asiaan kiinnitetään huomiota ainakaan ensimmäisillä kerroilla. Tämä kertoo mielestämme todella hyvin ja konkreettisesti osteopaatille yksilöllisen suhtautumisen tärkeydestä.

Haastattelut ja hoito vahvistivat tietämystämme siitä, että paniikkihäiriössä keholla on taipumusta mennä herkästi jumiin. Fyysisten oireiden voimakkuus yllätti siitä huolimatta. Potilaaltamme opimme rintarangan voivan olla todella niin jumissa, että henkilöstä tuntuu kuin hänellä olisi sydänkohtauksia. Tätä tietoa vasten on helppoa ymmärtää, että jo pelkästään rankaa mobilisoimalla potilaan olo voi helpottaa huomattavastikin.

Vaikka korostammekin työmme tuloksena ensisijaisesti yksilöllisen suhtautumisen tärkeyttä, laadimme silti osteopaatille muistilistan asioista, joita useimmiten on hyvä huomioida kohdattaessa paniikkihäiriötä sairastava potilas. Mielestämme listasta voi soveltuvin osin olla hyötyä myös muita psyykkisesti oireilevia henkilöitä kohdattaessa tai ylipäänsä hoitotilanteessa, jossa jokin voimakas tunnereaktio nousee esiin. Siinä olevia asioita on hyvä ottaa huomioon ihan kenen tahansa potilaan kohdalla, sillä ainahan ihminen tulee osteopaatin vastaanotolle kokonaisena: hän tuo kipeän polvensa tai oireilevan kaularankansa lisäksi mukanaan myös mielensä ja koko persoonallisuutensa.

Keskusteluissa tuli esiin, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat kiinnostuneita osteopatiasta ja halukkaita vuoropuheluun sekä yhteistyön rakentamiseen. Osteopaatin nähtäisiin sopivan esimerkiksi perusterveydenhuoltoon mukaan organisoimaan ja toteuttamaan ryhmämuotoista rentoutumiseen ja kehotietoisuuteen keskittyvää toimintaa. Tämän kokemuksen myötä kynnyksemme ottaa tarvittaessa yhteyttä potilaan terapeuttiin on matalampi kuin ennen opinnäytetyön tekemistä. Moniammatillinen yhteistyö paniikkihäiriön hoidossa onkin mielestämme tarpeellista ja haastattelumateriaali tukee tätä. Kutsumme kaikki tutkimuksessa haastatellut henkilöt osallistumaan myös opinnäytetyöseminaariimme 17.5.2013, jolloin heidän on mahdollista saada lisätietoa osteopatiasta laajemmin. Tärkeä osa opinnäytetyötämme on kirjoittamamme yleiskielinen

artikkeli osteopatiasta ja tutkimuksestamme kertova artikkeli (Liite 6), jonka julkaisemisesta on alustavasti keskusteltu Mielenterveyden keskusliiton Käsi kädessä – lehdessä. Artikkelia tullaan vielä muokkaamaan julkaisijan kanssa ja se julkaistaan mahdollisesti syksyllä 2013.

Osteopaatin on hyvä tiedostaa, että erityisesti paniikkihäiriön alkuvaiheessa, parin ensimmäisen vuoden aikana saatu hoito ennustaa hyvin henkilön toipumista oireettomaksi. Kaiken kaikkiaan ahdistuneisuuden hoitaminen ajoissa olisi sikälikin tärkeää, että ahdistuneisuushäiriön on usein todettu altistavan masennukselle, jolloin potilaan tilanne mutkistuu entisestään. Tähän liittyen tärkeä näkökulma tuli esiin, kun yksi haastattelustamme asiantuntijoista esitti, että vielä paniikkihäiriötäkin enemmän osteopatiasta saattaisivat hyötyä yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastavat. He reagoivat hyvin vahvasti kehollaan, mutta koska heidän oireensa eivät ole niin voimakkaita kuin paniikkihäiriössä, he saattavat jäädä kokonaan vaille diagnoosiakin. Heillä ahdistuneisuus ilmenee esimerkiksi niska-hartiaseudun kiputiloina tai vatsavaivoina ja osteopaatin olisi hyvä osata tunnistaa tämä potilasryhmä.

Löysimme toisen tutkimukseen osallistuneista potilaistamme Kelan järjestämältä kuntoutuskurssilta. Tästä saimme ajatuksen yhteistyön kehittämisestä kuntoutusportaan kanssa, mikä olisi mielestämme erittäin innostava ja hyödyllinen asia. Osteopaatti voisi olla kurssilla mukana manuaaliterapeuttina. Toiminnallinen opinnäytetyö tällaisen yhteistyökumppanin kanssa olisikin mielestämme yksi hyvin mielenkiintoinen jatkotutkimusmahdollisuus.

Tutkimuksen myötä ymmärryksemme kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkityksestä hoitotyössä syveni. Pelkkä hoitomenetelmien tekninen osaaminen ei yksinään riitä. Jokainen voi oppia vuorovaikutustaitoja ja kohtaamista ja sitä kannattaisikin tietoisesti harjoitella jo opiskeluaikana. Eettisestä näkökulmasta pohdittuna se on velvollisuuksiemme.



## Lähteet

Aukee, Risto 1995. Paniikkihäiriö. Jälkisanat teoksessa Helminen, Soile. Mikä minun on. Kertomuksia paniikkihäiriöstä ja toipumisesta. Helsinki: Kirjapaja. 203–208.

Bjälje, Jan G. – Haug, Egil – Sand, Olav – Sjaastad, Oystein V. – Toverud, Kari C. 1999. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Buber, Martin 1999. Minä ja sinä. Pietilä, Jukka (suom.). Helsinki: WSOY.

Butler, Richard 2011. Patient-Centered Model. Teoksessa Chila, Anthony G. (ed.): Foundations of Osteopathic Medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 371–376.

Chaitow, Leon – Bradley, Ninah – Gilbert, Christopher 2002. Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Dowling, Dennis J. – Martinke, David J. 2005. The philosophy of osteopathic medicine. Teoksessa DiGiovanna Eileen L. – Schiowitz, S. – Dowling, Dennis J. (eds.): An osteopathic approach to diagnosis and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 10–15.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Furman, Ben 2002. Perhosia vatsassa. Apua pelkoihin, paniikkiin ja ahdistukseen. Helsinki: Tammi.

Halonen, Henna-Maria 2010. Osteopaattien lähestyminen traumoihin. Opinnäytetyö. Metropolia AMK. Helsinki.

Hedman, Kaj 2007. Paniikissa: seuranani ahdistus. Takkula, Kai (suom.). Helsinki: Kirjapaja.

Helminen, Soile 1995. Mikä minun on: kertomus paniikkihäiriöstä ja toipumisesta. Helsinki: Kirjapaja.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Härkönen, Ulla – Karhu, Kaisa – Konkka, Jyrki – Mikkola, Tuula – Roivas, Marianne 2011. Hyvinvointi ja toimintakyky -yksikön opinnäytetyöohje. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Isometsä, Erkki 2011. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 218–233.

Kauppila, Reijo A. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.

King, Hollis H. 2011. Osteopathy in the cranial field. Teoksessa Chila, Anthony G. (ed.): Foundations of Osteopathic Medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 728–748.

Kolt, Gregory S. – Andersen, Mark B. 2004. Psychology in the Physical and Manual Therapies. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Kuchera, Michael – Kuchera, William 1994. Osteopathic Principles in Practice. Columbus: Greyden Press. LLC: Dayton, Ohio.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laitinen Merja 2010. Kontekstin ja teorian hahmottamisen taito. Teoksessa Hurtig, Johanna – Laitinen, Merja – Uljas-Rautio, Katriina (toim.): Ajattele itse! Tutkimuksellisen lukutaidon perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus. 44–70.

Lederman, Eyal 2005. The science and practise of manual therapy. New York: Elsevier/Churchill Livingstone.

Lepola, Ulla 1992. Kun paniikki iskee. Vaasa: Kirjakiehin Oy.

Lepola, Ulla – Koponen, Hannu – Leinonen, Esa – Joukamaa, Matti – Isohanni, Matti – Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lääketieteen termit. Duodecimin selittävä suursanakirja 2007. 5. painos. Helsinki. Duodecim.

Martin, Minna – Seppä, Maila – Lehtinen, Päivi – Törö, Tiina – Lillrank, Benita 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.

Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Oksanen, Jukka 2009. Terapeuttinen allianssi sosiaaliterapeutin työssä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 55. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Paniikkihäiriö, konsensuslausuma 2000. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo.

Parsons, Jon – Marcer, Nicholas 2006. Osteopathy: models for diagnosis, treatment and practice. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sammut, Emanuel A. – Searle-Barnes, Patrick J. 1998. Osteopathic Diagnosis. London: Stanley Thornes.

Seppä, Jere 2002. Fysioterapeutin kokemuksia paniikkihäiriöisten hengitysryhmästä. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Kuntoutusala. Fysioterapian koulutusohjelma.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Stevens, Sarah 2012. A nine year old boy with anxiety and panic attacks. Sutherland Cranial College Magazine summer 2012 (34). 52.

Särkelä, Antti 2001. Välittäminen ammattina. Tampere: Vastapaino.

Viinamäki Leena 2007. Triangulatiivisen tutkimusasetelman soveltamismahdollisuudet. Teoksessa Viinamäki, Leena – Saari, Erkki (toim.): Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi. 173–197.

Vilka, Hanna - Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtanen, Petri – Suoheimo, Maria – Lamminmäki, Sara – Ahonen, Päivi – Suokas, Markku 2011: Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus.

Willard, Frank H. – Jerome, John A. – Elkiss, Mitchell L. 2011. Touch. Teoksessa Chila, Anthony G. (ed.): Foundations of Osteopathic Medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 221–227.

## **Ensimmäinen sähköpostikysely osteopaateille**

Tervehdys Metropolia ammattikorkeakoulusta!

Olemme kolmannen vuoden osteopaattiopiskelijoita ja suunnittelemme opinnäytetyön tekemistä osteopaattisen hoidon vaikutuksista paniikkihäiriöön. Olemme kiinnostuneita kuulemaan millaisia vinkkejä ja näkökulmia teillä on asiaan liittyen:

- millaisia kokemuksia teillä on asiasta?
- hyötyvätkö paniikkihäiriöpotilaat osteopaattisesta hoidosta?
- oletteko törmänneet aiheita käsittelevään kirjallisuuteen?
- mitä kannattaisi ottaa huomioon tutkimuksen suunnittelussa?

Hyvää syksyä toivottaen!

Minna Häkli, Tony Järvinen ja Tiina Simola

[minna.hakli@metropolia.fi](mailto:minna.hakli@metropolia.fi)

[tony.jarvinen@metropolia.fi](mailto:tony.jarvinen@metropolia.fi)

[tiina.simola@metropolia.fi](mailto:tiina.simola@metropolia.fi)

## Toinen sähköpostikysely osteopaateille

Keväinen tervehdys Metropolia ammattikorkeakoulusta!

Kyselimme tätä asiaa teiltä jo viime syksynä - kiitos kaikille vastanneille. Tarvitsemme kuitenkin vielä lisää vastauksianne! Olemme kolmannen vuoden osteopaattipiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä paniikkihäiriöstä ja osteopaattisen hoidon mahdollisuuksista vaikuttaa siihen. Perehdymme asiaan kirjallisuuden, haastattelujen ja potilastapausten avulla. Tutkimuksen valmistuttua lähetämme myös teille yhdistysten kautta yhteenvedon siitä, mitä olemme saaneet asiasta selville.

**Kuulisimme mielellämme, millaisia kokemuksia sinulla on paniikkihäiriöpotilaiden hoitamisesta.** Mitä haluaisit asiasta kertoa? Myös se, että vastaanotollasi ei ole käynyt paniikkihäiriöstä kärsiviä, on tutkimuksen kannalta tärkeä tieto. Vastaus voi olla hyvinkin lyhyt ja ytimekäs. Viittaamme työssämme saatuihin vastauksiin vain yleisesti niin, että kenenkään yksittäisen vastaajan nimi ei tule esiin eikä häntä voida tunnistaa.

Jo etukäteen kiittäen ja hyvää kevään jatkoa toivottaen!

Minna Häkli, Tony Järvinen ja Tiina Simola

minna.hakli@metropolia.fi

tony.jarvinen@metropolia.fi

tiina.simola@metropolia.fi

## **Terveydenhuollon asiantuntijoiden haastattelukysymykset**

Terveydenhuollon ammattilaisen teemahaastattelu

1. Millainen ammatillinen tausta sinulla on?
2. Miten määrittelet paniikkihäiriön? Mistä siinä mielestäsi on kyse?
3. Millä lailla kuvailisit paniikkihäiriöstä kärsiviä henkilöitä? Onko heillä mielestäsi joitakin yhteisiä piirteitä?
4. Miten hoidat paniikkihäiriöstä kärsiviä asiakkaitasi ja mitä pidät tärkeänä paniikkihäiriöisen kohtaamisessa?
5. Mitä haluaisit, että kysyisimme sinulta vielä tästä asiasta?

## Tutkimushenkilöiden hakuilmoitus

# ONKO SINULLA DIAGNOSOITU PANIIKKIHÄIRIÖ? TARVITSEMME ASiantuntemustasi!

Teemme Metropolia Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyötä aiheesta ***Paniikkihäiriötä sairastavan kohtaaminen ja hoito osteopaatin vastaanotolla***. Mielenpitesesi ja kokemuksesi paniikkihäiriöstä ja sen hoidosta on tärkeää voidaksemme kehittää osteopaattista hoitokäytäntöä.

Osteopaatti on terveydenhuoltoalan ammattilainen, joka on erikoistunut tuki- ja liikuntaelimestön tutkimiseen ja käsin tehtävään hoitoon. Koulutus ammattikorkeakoulussa kestää 4 vuotta. Osteopatian perusajatuksen mukaan keho on kokonaisuus, jossa eri osat vaikuttavat toisiinsa ja terveys syntyy kaikkien osien saumattomasta yhteistoiminnasta. Osteopaattinen hoito on pehmeää ja tasapainottaa kehon toimintoja. Hoitojakso suunnitellaan yksilöllisesti.

Osteopaattit kuuluvat terveydenhuollon ammattilaisina Valviran rekisteriin. Osteopaattiotiskelijat ovat vaitiolovelvollisia, tutkimuksen henkilötiedot pidetään anonyymeina eikä tutkimustuloksista pystytä erottamaan yksittäisiä henkilöitä. Tutkimushenkilö voi perua osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Tällöin hävitämme kaiken häntä koskevan tiedon, emmekä käytä niitä tutkimuksessamme.

Metropolia Ammattikorkeakoulun harjoitteluklinikka Positia sijaitsee Etelä-Haagassa, Vanha Viertotie 23, Helsinki. Hoitokertoja on 3 – 6 syyslukukauden 2012 aikana. Harjoitteluklinikka on avoinna syksyn aikana pääsääntöisesti tiistaisin ja torstaisin. Hoito on maksutonta.

### Tutkimukseen haetaan henkilöitä,

- joilla on lääkärin diagnosoima paniikkihäiriö,
- kiinnostusta osteopaattiseen hoitoon ja
- jotka pystyvät käymään hoidossa arkipäivisin

Lisätietoa oppilaitoksestamme, klinikasta ja osteopatiasta:

<http://www.metropolia.fi/palvelut/positia-hyvinvointipalvelut/osteopatiapalvelut/>

Mikäli olet kiinnostunut kuulemaan lisää tutkimuksesta tai halukas osallistumaan siihen, ota pikaisesti yhteyttä:

Minna Häkli / [minna.hakli@metropolia.fi](mailto:minna.hakli@metropolia.fi)

Tony Järvinen / [tony.jarvinen@metropolia.fi](mailto:tony.jarvinen@metropolia.fi)

Tiina Simola / [tiina.simola@metropolia.fi](mailto:tiina.simola@metropolia.fi)



## **Potilaiden haastattelukysymykset**

### *Potilaan haastattelukysymykset*

1. Miten määrittelet paniikkihäiriön? Mistä siinä sinun mielestäsi on kyse?

2. Millaista hoitoa olet saanut paniikkihäiriöön? Millaista hoitoa koet tarvitsevasi?

3. Mitä paniikkihäiriöstä ylipäättään sinun mielestäsi pitäisi ottaa huomioon?

4. Mitä haluaisit, että kysyisimme sinulta vielä tästä asiasta?

## Yleiskielinen lehtiartikkeli

# Osteopatiasta apua paniikkihäiriön hoitamisessa?

**Paniikkihäiriötä sairastava voi hyötyä osteopatiasta. Osteopatia on kokonaisvaltainen hoitomuoto, joka ottaa huomioon ihmisen eri puolet. ”Terveessä kehossa asuu terve mieli” -lausahdus kuvaa osuvasti ajatusta, jonka pohjalta myös paniikkihäiriöisen hoito suunnitellaan.**

Teimme aiheesta opinnäytetyön, jossa käsitellään paniikkihäiriöisen hoitoa osteopaatin, potilaan ja terveydenhuollon henkilökunnan näkökulmista. Tutkimukseen osallistuneista osteopaateista osa mainitsi hoitaneensa paniikkihäiriöpotilaita. Heidän kokemuksensa mukaan osteopatia on varteenotettava hoitomuoto muun hoidon lisänä. Myös haastattelemamme psykoterapeutit pitivät fyysistä hoitamista hyödyllisenä osana hoitoa. Usein kommunikaatio hoitavien tahojen välillä ei kuitenkaan toteudu, joskin yhdellä haastatellulla psykoterapeutilla oli positiivisia kokemuksia yhteistyöstä manuaaliterapeutin kanssa. Yhteistyö oli ollut antoisaa ja tulokset positiivisia.

Hieman yllättäen opinnäytetyömme keskeiseksi teemaksi nousi kohtaaminen. Sen merkitys korostui kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tahojen vastauksissa. Kohtaaminen hoitotilanteessa koetaan erittäin merkitykselliseksi tekijäksi hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Se on monitahoinen asia, johon ei aina kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Kehon kanssa työskennellessä kohtaamiseen liittyy hieman eri asioita kuin esimerkiksi keskusteluterapiassa. Osteopaattisessa hoidossa kosketus on merkittävä osa potilaan kohtaamista. Käytännössä kohtaamiseen liittyy ulkoisia asioita kuten hoitotilan viihtyisyys, osteopaatin vaatetus ja yhteydenpidon selkeys esimerkiksi ajanvarauksessa. Hoidon aikana selkeä ja luonteva tapa keskustella tuo luottamusta.

Teimme koehoitojakson kahdelle tutkimukseen osallisuneelle paniikkihäiriöiselle, joista molemmat kokivat parannusta elämänlaadussa ja toimintakyvyssä. Toinen hoitojaksolle osallistunut mainitsi loppupalaverissa, että varsinaisia paniikkikohtauksia ei hoitojakson aikana ilmennyt lainkaan. Myös yleisen jaksamisen hän koki parantuneen. Toisen hoidetun päällimmäisenä ajatuksena hoitojakson jälkeen oli rentoutunut ja hyvä olo. Hänen mielestään oli tärkeitä, että puhuttiin ja kerrottiin mitä hoidossa tehdään ja mihin sillä vaikutetaan. Kaiken kaikkiaan hoitojaksoista jäi asiakkaille hyvin positiivisia kokemuksia. Ongelmaksi he kokivat sen, että osteopaatille ei osata hakeutua. He eivät tienneet osteopatiasta ennen tutkimukseen osallistumista.

### **Paniikkihäiriöinen osteopaatin vastaanotolla**

Osteopaatin vastaanotolla paniikkihäiriötä sairastava otetaan vastaan samalla tavalla kuin muutkin potilaat. Ensimmäisellä käynnillä tehdään yksilöllinen selvitys oireen luonteesta haastattelemalla ja tutkimalla potilasta, jonka jälkeen hoidetaan sen mukaisesti. Osteopaatin työ ei ole automekaanikon työtä. Ihmisiä hoidettaessa ei ole valmiita kaavoja, joiden mukaan tiettyä vaivaa lähestytään. Paniikkihäiriö on moninainen sairaus, minkä takia potilaiden kohdalla ei tehdä olettamuksia oireiden syistä. Paniikkihäiriöisten osteopaattisessa hoidossa korostuu usein autonomisen hermoston ja myös hengityksen tasapainottaminen. Sillä onkin tärkeä tehtävä kehon toimintojen säätelyssä. Hoidon aikana vältetään tuottamasta kipua, jotta rentoutuminen on mahdollista. Se tehostaa hoidon vaikutusta, koska usein kiputunteukset lisäävät kehon jännittyneisyyttä.

Tutkimukseen osallistuneiden osteopaattien vastauksista selvisi, että yleisimmin autonomisen hermoston hoidoissa keskitytään käsittelemään pään aluetta, selkärankaa ja ristiluun aluetta sekä niiden välisiä yhteyksiä. Näin tehdään usein myös esimerkiksi stressin aiheuttamien oireiden hoidossa. Pään alueella hoito on erittäin kevyttä ja usein potilas rentoutuu hoidon aikana huomattavasti. Pitkittyneestä stressistä kärsiviä on paljon, ja silloin rentoutuminen on usein vaikeaa. Joskus potilas kertoo, että ei ole pitkiin aikoihin ollut niin rentoutunut kuin osteopaatilla käynnin jälkeen. Toinen koehoitajaksolle osallistunut paniikkihäiriöstä kärsivä kuvaili hoidon vaikuttavuutta yleisvoiminnan kohentumisen lisäksi selkeästi parantuneena unen laatuun.

### **Mitä osteopatia on?**

Osteopatia on ihmisen kokonaisvaltaista hoitamista. Työvälineinä osteopaatti käyttää käsiään. Koko kehoa voidaan käsitellä. Hoidossa käytetään erilaisia rytmisiä niveliä liikuttavia tekniikoita ja keinuttelu- ja pehmytkudoskäsittelyä selkärangan tai raajojen alueelle. Hoitotekniikat valitaan potilaskohtaisesti. Tarpeen mukaan harjoitellaan myös itsehoitomenetelmiä kuten hengitys- ja asentoharjoitteita. Tuki- ja liikuntaelimestön lisäksi hoidetaan myös keskushermostoa ja autonomista hermostoa aina kallon alueelta ristiluuhun asti. Esimerkiksi selkäkivun syynä ei aina ole vain yllirasittunut lihas tai nikama, vaan se voi johtua myös ongelmista suolen toiminnassa. Tämän vuoksi sisäelinten tilaa tulisi myös arvioida ja tarvittaessa hoitaa. Osteopatian peruseräite onkin kehon kokonaisuuden tunteminen. Hoidossa tavoitellaan kehon kokonaisvaltaista toimintakyvyn tasapainoa. Hoitamalla kehoa hoidetaan siis myös mieltä.

Hoidossa korostuu rauhallisuus ja kivuttomuus. Osteopaatti etenee yksilöllisesti potilaan mukaan. Aina saa sanoa, jos jokin asento tai tekniikka tuntuu epämukavalta. Hoitotekniikkaa voidaan silloin muuttaa. Ajatuksena hoidossa on että osteopaatti auttaa kehoa tasapainon saavuttamisessa. Keholla on itsehoitomekanisminsa ja osteopaatin työ onkin toimia niin, että niiden toiminta tehostuu.

Tyypillisimpiä osteopaatille hakeutumisen syitä ovat erilaiset tuki- ja liikuntaelinvaivat kuten niska-hartiaseudun tai alaselän kiputilat. Myös stressiperäisiä vaivoja päänsärystä unettomuuteen hoidetaan usein osteopatian keinoin. Muita syitä hakeutua osteopaatin vastaanotolle ovat esimerkiksi liikuntavammat, vatsavaivat ja työperäiset rasitusvammat.

## **Tiedote opinnäytetyöstä terveydenhuollon asiantuntijoille**

### **HYVÄ ”PANIIKKIHÄIRIÖ JA OSTEOPAATTINEN HOITO” -OPINNÄYTETYÖN YHTEYDESSÄ TEHTÄVIIN HAASTATTELUIHIN OSALLISTUJA**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota osteopaatteja varten tietoa paniikkihäiriöstä ja selvittää sitä, mitä on hyvä ottaa huomioon paniikkihäiriötä sairastavan osteopaattisessa hoidossa.

Tutkimme myös paniikkihäiriötä sairastavien henkilöiden kokemaa subjektiivista hyötyä osteopaattisesta hoidosta.

Osteopatia on hoitomuoto, joka sisältää monia erilaisia käsin tehtäviä tekniikoita. Osteopaattisella hoidolla on tavoitteena korjata kehon virheasentoja ja vähentää kehoon kohdistuvaa kuormitusta. Näin pyritään tukemaan kehon itseparanemis-mekanismia ja kehon optimaalista toimintaa.

Osteopaatit kuuluvat Valviran rekisteriin ja ovat rekisteröityjä terveydenhuollon ammattilaisia.

Opinnäytetyömme yhteydessä haastateltavien asiantuntijoiden henkilötiedot pidetään anonyymeinä eikä opinnäytetyössä mainita kenenkään yksittäisen henkilön nimeä erikseen. Opinnäytetyötämme ohjaavat ja valvovat osteopatian opettajat Sandra Rinne ja Jerry Ketola ja koulutusohjelman yliopettaja Pekka Paalasmaa.

Jos sinulla on jotain kysyttävää tutkimuksestamme, ota yhteyttä:

Minna Häkli, [minna.hakli@metropolia.fi](mailto:minna.hakli@metropolia.fi)

Tony Järvinen, [tony.jarvinen@metropolia.fi](mailto:tony.jarvinen@metropolia.fi)

Tiina Simola, [tiina.simola@metropolia.fi](mailto:tiina.simola@metropolia.fi)

Metropolia ammattikorkeakoulu

Vanha Viertotie 23, 00350 Helsinki

[www.metropolia.fi](http://www.metropolia.fi)

## Tutkimushenkilötiedote potilaille

### Tutkimushenkilötiedote

#### HYVÄ OPINNÄYTETYÖN YHTEYDESSÄ TEHTÄVÄÄN TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota tietoa paniikkihäiriöstä ja tutkia sitä, mitä on hyvä ottaa huomioon paniikkihäiriötä sairastavan osteopaattisessa hoidossa. Haluamme selvittää myös paniikkihäiriötä sairastavien henkilöiden kokemaa subjektiivista hyötyä osteopaattisesta hoidosta. Tarkoituksenamme on selvittää, onko osteopatiasta hyötyä osana paniikkihäiriön hoitoa.

Osteopatian perusajatuksen mukaan keho on kokonaisuus, jossa eri osaset vaikuttavat toisiinsa ja terveys syntyy kaikkien osien saumattomasta yhteistoiminnasta. Osteopaattinen hoito on pehmeää ja tasapainottaa kehon toimintoja. Näin pyritään tukemaan kehon itseparanemismekanismeja ja sen optimaalista toimintaa.

Hoito tapahtuu syksyn 2012 aikana koulumme tiloissa Positia-klinikalla (Vanha viertotie 23, Helsinki). Hoitokertoja on 3 – 6 ja ne ovat tutkimukseen osallistujille maksuttomia. Harjoitteluklinikka on avoinna syksyn aikana pääsääntöisesti tiistaisin ja torstaisin. Hoito sisältää tarkan alkuhaastattelun (ensimmäisellä kerralla), tutkimisen ja osteopaattisen hoidon. Hoidosta vastaa yksi opiskelija, jota seuraamassa on 1 – 2 muuta opiskelijaa sekä tutoropettaja, joka osallistuu ja hyväksyy hoitosuunnitelman. Hoitajakso suunnitellaan yksilöllisesti. Huomioitathan, että tutkiminen ja hoito suoritetaan alusvaatteet päällä.

Hoitojakson yhteydessä pyydämme sinua pitämään päiväkirjaa, johon toivotaan lyhyttä kuvausta tilanteesta ja voinnistasi hoitokertojen välillä. Hoitojakson loppuksi annamme sinulle täytettäväksi arviointilomakkeen, jossa pyydämme vielä arviotasi hoidosta kokonaisuutena.

Osteopaatit ovat Valviran rekisteröimiä terveydenhuollon ammattilaisia. Osteopaattiopiskelijoina myös me olemme vaitiolovelvollisia. Käytämme saatuja tietoja anonymisti opinnäytetyössämme eikä yksittäistä henkilöä voi erottaa tutkimustuloksista. Emme mainitse tai luovuta eteenpäin kenenkään hoitoon osallistuvien henkilötietoja. Tutkimushenkilö voi perua osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Tällöin hävitämme kaiken häntä koskevan tiedon, emmekä käytä niitä tutkimuksessamme.

Opinnäytetyötämme ohjaavat ja valvovat osteopatian opettajat Sandra Rinne ja Jerry Ketola sekä koulutusohjelman yliopettaja Pekka Paalasmaa.

Jos sinulla on jotain kysyttävää tutkimuksestamme, ota yhteyttä:

Minna Häkli, [minna.hakli@metropolia.fi](mailto:minna.hakli@metropolia.fi)

Tony Järvinen, [tony.jarvinen@metropolia.fi](mailto:tony.jarvinen@metropolia.fi)

Tiina Simola, [tiina.simola@metropolia.fi](mailto:tiina.simola@metropolia.fi)

Metropolia ammattikorkeakoulu

Vanha Viertotie 23, 00350 Helsinki

[www.metropolia.fi](http://www.metropolia.fi)

## Suostumuslomake terveydenhuollon asiantuntijoille

### Tietoinen suostumus

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöhön "Paniikkihäiriö ja osteopaattinen hoito" liittyvästä tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Opinnäytetyössä kootaan tietoa paniikkihäiriöstä ja selvitetään osteopaattisen hoidon vaikutusta paniikkihäiriöstä kärsivien potilaiden terveydentilaan.

Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni haastateltavana asiantuntijana on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Suostun osallistumaan haastatteluun vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle



## Suostumuslomake potilaille

Tietoinen suostumus

### Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöstä, jonka työnimi on "Paniikkihäiriötä sairastavan kohtaaminen ja hoito osteopaatin vastaanotolla" kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, hoidoista, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

---

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

---

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus