



**KONVERSIOPOTILAAN
KOHTAAMINEN AKUUTILLA
OSASTOLLA**

Psykofyysinen lähestymistapa

Katriina Latokartano

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2013
Erikoistumisopinnot
Psykofyysinen fysioterapia

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Erikoistumisopinnot

Psykofyysinen fysioterapia

KATRIINA LATOKARTANO

Konversiopotilaan kohtaaminen akuutilla osastolla

Psykofyysinen lähestymistapa

Kehittämistehtävä 30 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Marraskuu 2013

Kehittämistehtävässä on laadittu kirjallinen ohje konversiopotilaan kohtaamisesta. Ohje on tarkoitettu työkaluksi hoitohenkilökunnalle helpottamaan ja tukemaan kohtaamista konversiopotilaan kanssa.

Ohje koostuu ajatuksista ja asioista, jotka hoitohenkilökunnan tulisi huomioida kohdatessaan konversiopotilaan osastolla. Lisäksi ohjeessa on erikseen kehotietoisuusharjoituksia, joita fysioterapeutti voi käyttää konversiopotilaan fysioterapiassa.

Kehittämistehtävän tavoitteena on lisätä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) hoitohenkilökunnan, ensisijaisesti fysioterapeuttien, tietämystä konversio-oireesta ja antaa ajatuksia siihen, miten kohdata tämä potilasryhmä akuutilla osastolla. Työn yhtenä tavoitteena on myös herättää ja pysäyttää meitä terveydenhuoltoalan ammattilaisia ajattelemaan kohtaamisen merkitystä potilastilanteissa.

Kirjallinen ohje konversiopotilaan kohtaamisesta on luettavissa PSHP:n fysiatrian työntekijöiden yhteisessä käytössä olevalta verkkoasemalta. Ohje on myös tämän kehittämistehtävän liitteenä.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, kehotietoisuus, konversio-oire, kohtaaminen

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences

Specialisation studies

Psychophysical physiotherapy

KATRIINA LATOKARTANO

Encountering conversion disorder patient on acute neurological department

Psychophysical approach

Development project 30 pages, appendices 3 pages

November 2013

In this development project written instructions for encountering a conversion disorder patient have been composed. The instruction leaflet is intended to be a tool for medical staff to help and support them to encounter a conversion disorder patient.

The instruction leaflet includes thoughts and facts which medical staff should take into account when encountering a conversion disorder patient. There are also separate body awareness exercises on this leaflet. These can be used by a physiotherapist when giving therapy to a conversion disorder patient.

The objective of this development project is to increase the awareness of conversion disorder. The target group of this development project is the medical staff of the Joint Municipal Authority of the Pirkanmaa Hospital District (PSHP). Special attention is paid to the physiotherapists, who are provided with thoughts how to encounter the mentioned patient group on acute neurological department. One objective of this work is also to wake us, the medical personnel, to think about the importance of the encounter itself when working with a patient.

Written instruction leaflet in finish on how to encounter a conversion disorder patient can be found from the intranet of the Department of Neurosciences and Rehabilitation. Leaflet is also an appendix of this development project.

Key words: psychophysical physiotherapy, body awareness, conversion disorder, encounter

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KONVERSIO-OIRE- MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ.....	8
3	POTILAAN JA HOITOHENKILÖKUNNAN KOHTAAMINEN OSASTOLLA.....	11
	3.1 Onnistuneen fysioterapiatilanteen edellytykset	12
	3.2 Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus.....	13
	3.3 Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa	14
	3.4 Kehonkuva käsitteenä	15
	3.5 Kehotietoisuuden harjoittelu.....	16
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE, TARKOITUS JA TOTEUTUS.....	19
	4.1 Konversiopotilas akuuttiosastolla	19
	4.2 Kirjallinen ohje konversiopotilaan kohtaamisesta	21
5	POHDINTA.....	23
	LÄHTEET.....	26
	LIITTEET	28
	Liite 1. Konversiopotilaan kohtaaminen –kirjallinen ohje.....	28

1 JOHDANTO

Huoneessa on kolme potilasta. Vanhus, keski-ikäinen ja nuori nainen. Huoneen ovi käy tiuhaan päivän aikana. Verikokeita otetaan ja potilaita haetaan tutkimukseen. Kaksi lääkäriä, muutama lääketieteen kandidaatti ja hoitaja tulevat lääkärin kierrolle. Määrätään tutkimuksia, pohditaan diagnoosia. Ovi käy taas. Hoitaja, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja puheterapeutti tulevat ja menevät. Minä, fysioterapeutti olen myös menossa huoneeseen. Menen tapaamaan tätä nuorta naista, jonka mielen järkkäminen ilmenee fyysisin oirein. Lääkäri epäilee naisen oireita konversio-oireiksi ja pyytää fysioterapialähetteisessä fysioterapeutin kannanottoa, mielipidettä asiasta. Tämä nainen ei ole pystynyt osastolla nousemaan vuoteesta, istumaan, liikkumaan tai selviytymään päivittäisistä toimista. Hänen vasen raajaparinsa ei liiku. Raajaparia myös puuduttaa ja pistele. Hoitaja on kuitenkin huomannut, että nainen on välillä päässyt vuoteesta ylös auttamatta, pystynyt askeltamaan molemmilla jaloilla ja saanut sujuvasti vasemmalla kädellä yöpöydältä juomalasin.

Ensimmäinen tapaaminen selittämättömiä oireita sairastavan potilaan kanssa on erityinen. Minua, fysioterapeuttia tämä potilasryhmä kiehtoo ja samalla pelottaa. Mitä sanoa? Miten puhua? Mitä annettavaa ja sanottavaa minulla, fysioterapeutilla voisi olla tuolle nuorelle naiselle, jonka mieli on järkkynyt ja jonka vasen jalka ja käsi eivät siksi toimi?

Kun fyysisille oireille ei löydy lääketieteellistä syytä, puhutaan konversio-oireesta. Konversio-oireisia potilaita tapaa akuutilla osastolla korkeintaan muutaman kuukaudessa. Konversio-oireiden esiintyvyys väestössä on pieni, 0,01-0.5%. Kuitenkin yleissairaalan eri yksiköissä 20- 26 %:lla potilaista on toiminnallisia oireita, vaikka varsinaisen konversio-oireen kriteeristön täyttäviä onkin vain 5 %. (Vataja & Leppävuori 2012, 634.)

Konversipotilaisiin suhtaudutaan osastolla usein negatiivisesti. Ajatellaan, että tämä potilasryhmä teeskentelee ja keksii oireita. Matti O. Huttusen (2007, 1233) mukaan syy tällaiseen ajatteluun syntyy helposti, koska potilaat kärsivät oireista, jotka eivät ole selitettävissä taudin oireina. Myös oireiden vaihtelevuus vahvistaa ajatusta, että potilas

teeskentelee. Konversio-oireilevan potilaan ensisijainen tarve on kuitenkin saada ymmärrettävä selitys oireilleen. Potilaat eivät tee tahallisesti oireitaan. Potilasta ymmärtääkseen työntekijöiden onkin kehitettävä kokonaisvaltaista käsitystä ihmisestä.

Työskentelen akuutilla neurologian osastoilla, jossa kuntoutetaan ja hoidetaan pääsääntöisesti potilaita, joilla on neurologisia oireita. Konversiopotilas ei ole osastolla ns. tyyppillinen potilas. Osaston henkilökunta ei ole tottunut, etenäkään hoidon alussa kiinnittämään erityishuomiota ihmisen psyykkiseen tilaan. Alkuvaiheen hoidossa korostuvat normaaleista elintoiminnoista huolehtiminen sekä sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ennaltaehkäisy. Hoitohenkilökunnalla ei myöskään välttämättä ole tietoa, että ihminen voi reagoida fyysisin oirein, vaikka taustalla onkin psyykkinen huoli ja hätä. Kehittämistehtävänä olen laatinut ohjeen, joka on suunnattu hoitohenkilökunnalle helpottamaan ja tukemaan kohtaamista konversiopotilaan kanssa. Ohjeessa on myös kehoitietoisuusharjoituksia, joita fysioterapiassa on mahdollista tehdä. Toivon, että fysioterapeutit uskaltavat tulevaisuudessa rohkeasti kokeilla harjoitteita erityisesti konversiopotilaita kanssa.

Kohtaamisen taito on tärkeä taito terveysalalla. Töissä kiireen keskellä aito potilaan kohtaaminen helposti unohtuu. Kiireen tunnetta välittää tietämättään potilaille. Merja Mäkisalo-Ropponen (2011,7) toteaa, että aito kohtaaminen on asia, jossa kukaan ei voi olla koskaan täysin valmis. Sitä voidaan opiskella ja oppia, mutta keskeneräisyys on aina läsnä.

Konversiopotilaan kohdalla pelkkä avoin keskusteluyhteys ja myönteinen vuorovaikutus saattavat jo käynnistää tunne-elämän häiriöiden korjaantumisen (Nummenmaa 2010, 202- 203). Potilaan kohtaaminen on siis tärkeää ja siihen kannattaa panostaa. Oman mielen rauhoittamista ja vauhdin hidastamista on hyvä tietoisesti harjoitella. Harjoittelemalla oppii olemaan paremmin läsnä tässä hetkessä.

Koen, että omissa vuorovaikutustaidoissa on kehitettävää. Tämän kehittämistyön tekeminen laajentaa ymmärtämystä konversiopotilaan oireista, muistuttaa minua kohtaamisen merkityksestä osastolla ja haastaa minut harjoittelemaan kohtaamista. Kun seuraavan kerran olet menossa tapaamaan konversiopotilasta, toivon, että varaat hetken työ-

ajastasi. Tutustu, tutkiskele ja maistele ohjetta, jonka olen sinulle hoitohenkilökunnan ammattilainen tehnyt.

Hyviä ja antoisia kohtaamisen kokemuksia!

2 KONVERSIO-OIRE- MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ

Konversiohäiriöllä eli toiminnallisella neurologisella häiriöllä tarkoitetaan neurologisiin sairauksiin viittaavia oireita, jotka liittyvät sensoriseen tai tahdonalaiseen motoriseen toimintaan, mutta jotka eivät selity elimellisillä sairauksilla, vaan usein psykologisilla tekijöillä (Lönqvist 2011, 311; Vataja & Leppävuori 2012, 634).

Konversio-oireesta on käytetty ja käytetään eri yleisnimityksiä kuten hysteerinen halvaus, toiminnalliset neurologiset oireet, pseudoneurologiset oireet, selittämättömät somaattiset oireet, psykogeeniset oireet ja funktionaaliset neurologiset oireet (Karlsson, Saarijärvi & Seppä; Vataja & Leppävuori 2012, 634). Konversio-oireyhtymän nimeksi on myös ehdolla kokonaan uusi käsite, funktionaaliset neurologiset oireet (Lönqvist 2011, 311). Tässä kehittämistehtävässä käytetään nimitystä konversio-oire. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuutilla neurologisella osastolla konversio-oire -nimikettä käytetään usein. Myös kirjallisuudessa nimike on yleisesti käytössä.

Psykiatrisessa diagnostiikassa maailmalla käytetään maasta riippuen erilaisia luokituksia. Konversiohäiriö luokitellaan kuuluvaksi neuroottisiin, stressiin liittyviin somatoformisiin häiriöihin, elimellisoireisiin häiriöihin tai dissosiaatiohäiriöihin. Elimellisoireisille eli somatoformisille häiriöille on ominaista elimellisten oireiden esiintyminen ilman erityistä fyysistä sairautta tai muita mielenterveyden häiriötä. Dissosiaatiohäiriössä on ominaista muistin, oman minän ja tietoisuuden häiriintymistä ilman fyysistä syytä. (Lönqvist 2011 49–57.)

Konversio-oireelle on tyypillistä, että psyykinen tuska tulee esiin fyysisin oirein. Yksilön psyykinen tuska häviää ja tilalle tulee elimellinen tila, esimerkiksi kiputila. (Achté, Alanen & Tienari 1994, 295-297.) Muita tyypillisiä toiminnallisia neurologisia oireita ovat kävelyvaikeus, tuntuu puutokset, vapina, sokeus, kuurous ja/tai epilepsian kaltaiset oireet (Vataja & Leppävuori 2012, 636). Konversio-oireet saattavat muistuttaa esimerkiksi halvausoireita eli potilaalla saattaa olla mm. puutumisen tunnetta, lihasheikkoutta, tasapainovaikeutta, eri aisteihin liittyviä häiriöitä tai kouristelua (Lönqvist 2011, 311).

Konversio-oireisilta puuttuvat yleensä psyykinen sairaudentunto ja he suhtautuvat oireisiinsa melko välinpitämättömästi (Achté ym. 1994, 295–297).

Erilaiset oireet alkavat usein äkillisesti. Oire tai oireet saattavat myös kadota tai muuttua toisenlaisiksi. (Vataja & Leppävuori 2012, 365.) Konversiotilasta tutkittaessa lääkärin huomio kiinnittyy oireiden erikoisuuteen. Oireet eivät vastaa sairauksien normaalia patologiaa. Joskus potilaalla voi myös olla samanaikaisesti elimellinen sairaus ja siitä muistuttavia konversio-oireita. Lönnqvistin mukaan hoidon perustana on kliininen tutkimus ja turvallinen hoitosuhde. (Lönnqvist 2011, 311.) Konversio-oireet lievittyvät tai poistuvat melko pian, kun paineet ja huolet poistuvat. Toipumisennuste on hyvä, mikäli oire tai oireet poistuvat ja potilaan sosiaalinen selviytyminen on hyvä. (Lönnqvist 2011, 31; Karlsson ym. 1990, 1275.) Joka neljännellä konversio-oireet ilmaantuvat uudestaan myöhemmin (Vataja & Leppävuori 2012, 640). Konversio-oireet ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä (Lönnqvist 2011, 311). Muita riskitekijöitä voivat olla persoonallisuushäiriöt, terveydenhuoltoalalla työskentely sekä fyysinen vammautuminen (Vataja & Leppävuori 2012, 634).

Konversiohäiriön osalta näyttö sopivien hoitomuodon tehosta on vielä vähäinen. Psykoterapeuttiset hoidot tulevat kyseeseen lähinnä tilanteissa, joissa oireilu on ollut pitkäaikaista ja invalidisoivaa, ja kun potilaan motivaatio ja muut edellytykset riittävät pitkään hoitosuhteeseen. Itsehypnoosi sopii joillekin potilaille muiden rentoutusmenetelmien ohella. Myös asteittain lisääntyvän fyysisen harjoittelun on osoitettu parantavan potilaiden elämänlaatua.

Konversiotiltaan fysioterapiassa ei ole tarkoitus tukea ajatusta neurologisesta sairaudesta, vaan suhtautuminen konversio-oireisiin on neutraali. Potilasta kuntoutetaan kuten muistakin halvaustiloista kärsiviä. Fysioterapian tavoitteena on palkita ja tukea tervettä mallia, esimerkiksi oikeanlaista kävelyä. (Vataja & Leppävuori 2012, 640.)

Potilaiden oireet ovat heille todellisia, eivätkä he teeskentele niitä. Erään tutkimuksen mukaan aivojen uusilla kuvantamismenetelmillä on saatu selville, että konversio-oireessa traumaattisiin tapahtumiin liittyvät muistot ja tunteet estävät liikekuoren normaalin toiminnan (Vataja & Leppävuori 2012, 638). Konversio-oireessa on siis todettu

muutoksia aivojen toiminnoissa. Potilaan aivot näyttivät valmistavan käsivartta liikkeen tavalliseen tapaan, mutta juuri ennen liikkeen toteuttamista tunteiden prosessointiin osallistuva otsalohko aktivoitui eikä liike toteutunutkaan. Konversio-oireisilla halvauspotilailla havaittiin vähentynyttä verenvirtausta oikealla otsalohkokuorella. (Korkeila 2009, 4174- 4175.)

3 POTILAAN JA HOITOHENKILÖKUNNAN KOHTAAMINEN OSASTOLLA

Potilaalle halutaan tarjota hyvää hoitoa ja palvelua. Toivotaan, että jokainen kohtaaminen on erityinen, ainutlaatuinen. Potilaan kohtaamisessa tärkeää on toisen ihmisen kunnioittaminen. Jokainen ihminen on arvokas ja jokaisesta löytyy jotakin hyvää ja tervettä. Hoitajan tai terapeutin ja potilaan kohtaamisessa pyritään luomaan avoin ilmapiiri. Terapeutti välittää potilaasta ja hänellä on aito halu auttaa ja tukea. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80- 81.) Kohtaamisen perusedellytys on tasavertaisuuden kunnioittaminen. Potilas tietää tietyt asiat parhaiten ja hoitaja ja terapeutti ovat tietyssä asioissa asiantuntijoita. Fysioterapeutti esimerkiksi tietää miten kannattaa nousta ylös ja miten päästään liikkeelle. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Terveystieteiden alalla vallitsevat tietyt asenteet, lainsäädäntö, ohjeet ja normit sekä työn tekemisen rakenteelliset ehdot. Rajoittavat tekijät ovat läsnä. Kuitenkin potilaan kohtaamisessa on kyse siitä, miten potilas tulee kohdatuksi ihmisenä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 37.) Tutkimusten mukaan kohtaamistilanteessa alkuvaihe on herkin. Potilas kokee olonsa hyväksi, jos hoitaja tai terapeutti kykenee jo kohtaamisen alkuvaiheessa välittämään turvallisuuden tunteen. (Laine 2002, 320.)

Hoitajat raportoivat potilaan sen hetkistä vointia hoitolehdelle. Potilasta hoitavat ja kuntouttavat muut työntekijät lukevat raporttia potilaan voinnista ja saavat sitä kautta ensivaikutelman ja käsityksen potilaasta. Tärkeää kuitenkin on, että terapia- ja hoitotilanteessa on parempi olla tuomitsematta tai arvioimatta potilasta. Se on vaikein, mutta vaiputtavin osa tietoisien läsnäolon soveltamista ajatuksiin. Terapeutilla ja hoitajalla saa olla mielipiteitä, näkökulmia, mutta mitä vähemmän tuomitsemme potilaiden ajatuksia, sitä vähemmän joudumme tunteiden vietäviksi. (Nilsonne 2007, 28- 30.) Lyhyesti voidaan sanoa, että hyvään hoito- tai terapiasuhteeseen kuuluu hyväksyntä. Potilas kokee olevansa hyväksytty sellaisena kuin hän on. (Svennevig 2005, 172.)

Mielenterveyden psykologiaa teoksessa on sanottu hyvin se, mitä jokaisen hoitohenkilökuntaan kuuluvan olisi tärkeä tiedostaa: Oikeita oireita viestittämällä potilaalle, että selittämättömätkin oireet ovat oikeita ja todellisia. Vältä ilmaisua, että oire olisi vain

psykkinen. Potilas saattaa tällöin kokea, ettei häntä uskota tai, että hänen kokemiaan kipua ja oireita vähätellään. (Toivio & Nordling 2009, 73.)

3.1 Onnistuneen fysioterapiatilanteen edellytykset

Fysioterapeuttisessa ohjaustilanteessa on erityistä sen fyysinen luonne. Fysioterapeutti ja potilas ovat hyvin läheisessä suhteessa toisiinsa harjoitustilanteessa. Parhaimmillaan ohjaustilanne on fysioterapeutin ja potilaan välistä neuvottelua, jossa mm. keskustelun keinoin pyritään edistämään potilaan omaa kykyä parantaa elämäänsä. Potilasohjauksella ja tietoisuuden lisäämisellä on todettu olevan yhteyttä potilaan elämänlaatuun ja sairauden hallintaan. Potilaan ja fysioterapeutin välille tulisi muodostua luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde. Hedelmällistä vuorovaikutusta potilaan ja fysioterapeutin välille syntyy silloin, kun potilas etsii aktiivisesti apua ongelmiinsa ja fysioterapeutti on motivoitunut ja kykenevä ohjaamaan ja tukemaan potilasta omien oivallusten syntymisessä. (Piirainen, Jäppinen, Knaapi-Junnila, Lehtonen, Saarinen, Stepanoff, Leskelä & Tallqvist 2012, 9-12.)

”Ihmiskäsityksellä on merkittävä rooli vuorovaikutuksen perustana” (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 12). Eletty elämä, kokemukset ja kehon toiminta ovat pohjana ihmiskäsityksen kehitykselle. Ihminen peilaa itseään toisiin ihmisiin muovaten näin omaa ihmiskäsitystään. (Herrala ym. 2008, 12–13; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 266.) Jotta pystyisi toteuttamaan psykofyysistä lähestymistapaa, fysioterapeutin tulisi olla tietoinen omasta ihmiskäsityksestään ja mistä se on muodostunut (Talvitie ym. 2006, 266).

Fysioterapiassa tärkeää on terapeutin henkilökohtainen asenne. Terapeutin oma tiedostaminen, ymmärtämys ja määrätietoisuus vaikuttavat potilaaseen myönteisesti. Jotta terapeutti pystyisi edistämään potilaan kehitysprosessia, on hänen osattava olla empaattinen, hyväksyvä ja mutkaton. (Monsén 1992, 51.) Fysioterapeutilla pitäisi olla kykyä asettua toisen asemaan tunnetasolla, mutta säilyttää oma erillisyytensä ja ajattelunsa. Empaattisella fysioterapeutilla on taitoa virittää mieli samalle taajuudelle toisten ihmisten kanssa (Hietaharju & Nuutila 2010, 90; Nummenmaa 2010, 132.)

Fysioterapeutin ja potilaan väliseen kommunikaatioon liittyy monia eri tekijöitä: sosiaalisia, tiedollisia ja tunteisiin liittyviä. Etenkin ensimmäisillä tapaamiskerroilla on tärkeää luoda myönteinen tunneilmapiiri ja hyvä vuorovaikutus potilaan kanssa. (Talvitie ym. 2006, 52.)

3.2 Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus

Vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa on kaikille tärkeää. Välillä vuorovaikutus potilaan kanssa onnistuu hyvin ja tilanteesta jää hyvä, luottavainen olo ja mieli kummallekin. Välillä vuorovaikutus potilaan kanssa ei vain jostain syystä toimi. Toisinaan syynä voi olla se, että terapeutin tai hoitajan puhe ja sanaton viestintä riitelevät. Joskus potilaan kertomus ja hänen kehollinen viestintä ovat ristiriidassa. Potilas saattaa sanoa, että kaikki on hyvin, mutta fyysiset oireet kertovat muuta. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 30.)

Vuorovaikutustaitoja harjoitellaan läpi elämän. Vuorovaikutus on sekä sanallista, että sanatonta. Vuorovaikutusta on siis muutakin kuin puhuminen. Tärkeää vuorovaikutuksessa ovat kuuntelemisen, odottamisen ja suoraan puhumisen taito. Rohkeus puhua suoraan ilmaisee terapeutin tai hoitajan sitoutumisen astetta. Suoraan puhuminen on aidosti puhumista ja silloin potilasta hoitavalla henkilöllä on rohkeutta kertoa mitä ajattelee. (Väisänen ym. 2009, 11, 19–20, 22.)

Kuuntelu on usein vaikeampaa kuin puhuminen. Kuuntelemalla muutamme enemmän kuin puhumalla. Myös toisen kuuntelemista edistää hiljaa oleminen. (Väisänen ym. 2009, 11, 19–20.) Hiljaisuuden avulla voidaan viestiä välittämistä. Silmiin katsominen, hiljaisuus ja koskettaminen ovat yleensä hyväksi havaittuja kohtaamisen keinoja. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 178-179.)

Vuorovaikutuksesta suurin osa on sanatonta. Sanatonta viestintää ovat keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet ja eleet. Sanaton vuorovaikutus alkaa jo ennen keskustelua. Ensivaikutelman syntymiseen vaikuttaa mm. miten tervehditään

ja miten katsotaan toista silmiin. Läheisyys, äänensävy, koskettaminen ja ilmeet ja eleet huomataan helpommin ja puhe saattaa jäädä toissijaiseksi. Sanaton viestintä on kulttuurisidonnaista. (Väisänen ym. 2009, 28- 29.) Kehonrytmi on osa sanatonta viestintää. Nopea rytmi tuo kiireen tunteen. Esimerkiksi, jos potilasta hoitava henkilö ei malta mennä samalle tasolle potilaan kanssa, kokee potilas lisää kiireen tunnetta. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 179.)

Sanatonta viestintää on myös peilisolutoiminta. Ihmisten tunnepohjaisten kasvojen ilmeiden, kehon asentojen sekä liikkeiden nopea ymmärtäminen tapahtuu peilisolujen avulla. Ihmiset reagoivat automaattisesti kanssaihminen liikkeisiin ja asentoihin ja koptioivat niitä tiedostamatta. Kun katsotaan hymyileviä kasvoja, omissa kasvoissa aktivoituvat hymyyn tuottamiseen tarvittavat lihakset. (Sandström 2010, 66.)

Myös kosketus on osa vuorovaikutusta. Kosketuksella välitetään ymmärrystä, tukea, turvallisuutta ja empatiaa. Hyvä koskettaminen aktivoi mielihyvähormoneja. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 178-179; Väisänen ym. 2009, 29.) Eläinkokeissa on huomattu, että kosketuksessa eläimillä vapautuu oksitosiinia. Todennäköisesti näin käy myös ihmisillä. Juuri oksitosiini saa aikaan rauhoittumisreaktion. Tällöin mm. verenpaine ja syke alenevat. (Uvnäs-Mober 2007, 116, 117.)

3.3 Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala. Psykofyysinen fysioterapia tarkoittaa ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamista ja tukemista. Taustalla on psykofyysinen käsitys ihmisestä. Keho ja mieli keskustelevat vuorovaikutuksen omaisesti keskenään. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Potilas itse oppii keinoja ja löytää voimavaroja arkeen psykofyysisten harjoitusten kautta (Psykofyysinen fysioterapia 2013; Talvitie ym. 2006, 265–266.) Tärkeät osatekijät psykofyysisessä lähestymistavassa ovat fysioterapeutin ja potilaan kohtaaminen, fysioterapeutin ja potilaan ihmiskäsitys, potilaan motivaatio ja kehominä. Fysioterapiaan tulevalle on tärkeää, että hän kokee tulleen ymmärretyksi, kohdelluksi ja kuulluksi. Fysioterapeutin empaattisuus on kohtaamisessa keskeistä ja

sairastuneen kuuleminen tärkeää. (Talvitie ym. 2006, 266–268.) Psykofyysisessä fysioterapiassa potilaan on mahdollista oman kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen (Psykofyysinen fysioterapia 2013).

3.4 Kehonkuva käsitteenä

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskitytään keholliseen lähestymistapaan. Kehonkuvala tarkoitetaan ihmisen tietoista ja tiedostamatonta mielikuvaa omasta kehosta. Siihen kuuluvat sekä nykyiset, että menneet havainnot, ajatukset, tuntemukset kehon ulkonäöstä, kelvollisuudesta, toimintakyvystä ja mahdollisuuksista. Kehonkuvan kautta ihminen luo käsityksen itsestään suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöön. Kehon muisti tallentaa kokemuksiin liittyvät fyysiset reaktiot. Saatamme kokea tärkeitä tapahtumia oireilemalla fyysisesti esimerkiksi tuntemalla jännitystä niskassa, selässä tai kipua vatsassa. Toistamme opittuja käyttäytymismalleja läpi elämän, ellei näitä totuttuja malleja oteta tietoisesti tarkasteltavaksi. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 26–31.)

Ihmisen tunnetila, mielentila, aikomukset ja estot näkyvät ulkoisessa olemuksessa sekä asennoissa. Fyysinen olemus on ikään kuin psyykkisen tilan ruumiillistuma. (Svennevig 2005, 39). Usein ei voida tietää etukäteen, miten keho reagoi uusiin haasteisiin. Kehon reaktioita tarkastellessa saadaan informaatiota siitä, miten tunteet ilmenevät fyysisessä olemuksessa. Asento tai lihasten jännittäminen kuvaavat tiettyä psyykkistä tilaa. Asentoa on vaikeaa tai ei voida muuttaa ennen kuin psyykkisessä tilassa tapahtuu muutosta. (Svennevig 2005, 108–110.)

Ihminen pystyy psyykkisesti tiedostamaan tunteitaan ja ongelmiaan, mutta joskus keho voi joutua tiedostamattomien torjuttujen elämysten ja tunteiden säiliöksi. Ihmisen torjussa jonkin tunteen, muissa elinjärjestelmissä voi tapahtua muutoksia. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi hengityksen pidättäminen. Pitkäkestoisena stressi voi johtaa tilanteeseen sopeutumiseen, jolloin jo syntyneet lihasjännitykset voivat lisääntyä entisestään. Samalla hengitys vaikeutuu, hormonieritys häiriintyy ja adrenaliinin erityis kiihtyy. Tällaisen tilan jatkuessa pitkään voi normaaliin tasapainotilaan pääseminen estyä. (Herrala ym. 2008, 140.)

Keho tietää tunteemme. Kehossa on sekä kokemus- ja liikeulottuvuus. Kehotietoisuus käsittää molemmat nämä kaksi ulottuvuutta. (Roxendal & Winberg 2002, 52.) Keho auttaa meitä tulemaan tietoiseksi tunteistamme. Kehonkieli kertoo muille siitä, mitä me tunnemme. (Roxendal & Winberg 2002, 42.)

3.5 Kehotietoisuuden harjoittelu

Kehotietoisuus on syvää ja kokonaisvaltaista itsensä tiedostamista, hahmottamista ymmärrystä ja hallintaa (Herrala ym. 2008, 32). Konversiopotilaan keho on reagoinut ajatuksiin, pelkoon ja stressiin fyysisin oirein. Konversiopotilas ei osaa tulkita kehon lähettämiä viestejä tai hän kieltää viestit, joita keho yrittää kertoa. Konversiopotilaan kehotietoisuus on siis alentunut. Hänen kehominänsä voi huonosti. Kehotietoisuusharjoittelun avulla hänellä on mahdollisuus oppia ja oivaltaa kehonreaktioita ja saavuttaa toimivampi kehominä.

Ruotsalaisen Gertrud Roxendalin mukaan kehominää käytetään, kun halutaan korostaa yhteyttä kehon ja minän välillä. Kehotietoisuuden harjoittelussa rakennetaan pohjaa kehominälle. Keskittämällä huomio harjoitukseen ja siihen miltä se tuntuu, kun ihminen saa kontaktin kehoonsa. Vahva kehominä antaa luottamuksen kehoon. (Roxendal & Winberg, 2002, 59- 62.) Roxendalin kehoterapian tavoitteena on kehontuntemuksen ja tietoisuuden lisääntyminen, jonka kautta itsetuntemus lisääntyy (Talvitie ym. 2006, 269). Tässä kehittämistehtävässä tarkastellaan kehotietoisuuden harjoittelua Roxendalin kehoterapian kautta.

Kuinka kehominää voi harjoittaa? Roxendalin kehotietoisuuden harjoittelun keskeisiä toimintoja ovat suhde alustaan, keskusta, keskilinja, hengitys ja virtaus. Keskeisestä harjoittelusta on tietoisien läsnäolon opettelu. Harjoitukset ovat yksinkertaisia ja saatavat aluksi tuntuva vierailta. Harjoituksissa etsitään luonnollisia liiketapoja, reaktioita ja kykyjä. Kehotietoisuuden harjoittelussa on tavoitteena tulla tietoisemmaksi käyttäytymisestä, tavoista ja suhtautumisesta elämään. Harjoituksissa keskitytään siihen, kuinka ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon ja keho vaikuttaa niihin. Kehontietoisuusharjoit-

telun avulla potilas saattaa pystyä tuntemaan kehoaan paremmin, ymmärtää sen antamia viestejä ja tunnistaa esimerkiksi omaa liikkumistyyliään ja hallita lihasjännityksiä. (Roxendal 1987, 77; Roxendal & Winberg, 2002, 52–53, 62.)

Suhde alustaan tarkoittaa sitä, miten potilas käyttää tukipintaa ja miten kehon paino asettuu esimerkiksi istuessa, seistessä ja kävellessä (Talvitie ym. 2006, 270). Istuessa tai seisoessa paino suuntautuu alaspäin luotisuoran kautta. Seistessä paino siis suuntautuu alaspäin luotisuorassa, se ei mene alas jalkojen kautta. Jos paino suuntautuu liian taakse kantapäille, tukipinta seisoessa ei ole vakaa. (Roxendal & Winberg, 2002, 62–65.) Kun suhde alustaan on hyvä ja tasapainoinen, koetaan se fyysisenä turvallisuutena, joka taas heijastuu ihmisen henkiseen elämään. Vakaa seisoma-asento ja hyvä kontakti alustaan ovat edellytys ryhdille, tasapainolle ja riittäväälle lihasjännitykselle. (Roxendal 1987, 78.)

Harjoitteet, jotka kohdistuvat suhteeseen alustaan ovat samalla usein keskilinjaharjoitteita. Keskilinja alkaa lattiasta nilkkojen välistä ja jatkuu kohon läpi ylös päälakeen (Roxendal 1987, 81, 83.) Siinä asentoa ylläpitävä voima ja painovoima ovat tasapainossa. Tasapainoisessa asennossa raajojen lihakset kuormittuvat mahdollisimman vähän ja lihakset ovat rennot. (Roxendal & Winberg, 2002, 65.)

Kehon keskuksen sijainti on eri lähteistä riippuen pallealihaksen kiinnityskohta, joka on alempien rintanikamien ja ylempien lannerangan nikamien välillä. Kehon ylä- ja alaosa ankkuroituvat tähän keskukseen. Alaosa koostuu alaraajoista ja alakehosta ja päättyy palleaan. Alaosassa on elimiä, jotka huolehtivat mm. aineenvaihdunnasta. Alaosa on ihmisen energiaosa, jonka vastuulla on tuki, turvallisuus ja liikkuminen paikasta toiseen. Nivelet ja lihakset, jotka ovat kehon alaosassa soveltuvat suuriin voimaa ja tasapainoa tarvittaviin vaatimuksiin. Yläosa koostuu vartalon yläosasta käsistä ja päästä. Siellä on myös mm. keuhkot, sydän. Yläosa sopii monimutkaisiin liikkeisiin ja siellä yhdistyvät tunteet, luovuus, hienomotoriikka ja kommunikaatio. Yläosa ja alaosa kehosta kohtaavat keskusalueella. Suurinta osaa liikkeistä harjoitetaan keskustasta alkaen. Mitä enemmän liikkeitä harjoitetaan keskustasta, sitä tehokkaampia ne ovat. Tällöin tarvitaan myös vähemmän energiaa perifeerisiltä lihaksilta ja liikkuminen on taloudellisempaa.

Kehon keskuksesta lähtevät monet vartalon ja raajojen liikkeet, kierrot ja nostot. (Roxendal & Winberg, 2002, 68-71; Talvitie ym. 2006, 270.)

Hengitys nähdään siltana ihmisen tiedostamattoman ja tietoisin maailman välillä. Hengityksen avulla voidaan säädellä ja ohjailla tunteitamme. Hengitystä pidättämällä voidaan saada epämiellyttäviä tunteita pysymään poissa tietoisuudesta. Voimakkaat tunteet voivat näkyä hengitystavassa pitkään, jopa läpi elämän. Rauhallinen hengittäminen antaa tilaa sekä tunteiden ilmaisulle, että helpottaa tunnistamaan tunteita. Hengittämällä rauhallisesti rauhoitamme mieltä ja ruumista. Vapaa hengitys eri asennoissa ja liikkeissä kertoo toimivasta kehominästä. (Roxendal & Winberg 2002, 73-74; Talvitie ym. 2006, 272; Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 16.)

Roxendalin mukaan liikkeen virtauksella tarkoitetaan liikkeen etenemistä sulavasti ja tasaisesti kehossa. Jotta liike voisi tapahtua kehossa vapaasti, joustavasti ja pehmeästi tarvitsee hengityksen kulkea vapaasti sekä yhteistyön asentovoiman ja painovoiman välillä toimia mutkattomasti. Jos virtaus liikkeissä puuttuu, ovat liikkeet helposti kulkimikkaita ja äkillisiä. Esimerkiksi jännittyneisyys polvissa, lonkissa, hartioissa ja niskassa saattavat estää tai heikentää sulavan, virtavaan liikkeen. (Roxendal & Winberg 2002, 75-76; Talvitie 2006 ym. 272.)

Niissä kehotietoisuuden harjoituksissa, joissa kehitetään kosketusta alustaan, suhdetta keskilinjaan, keskustaan ja hengitykseen vaikutetaan myös kehon raajojen hahmottumiseen. Tukipintaa muuttamalla ja alkuasentoa vaihtamalla harjoitellaan aistimaan ja kuulostelemaan omia rajoja. Harjoittelemalla pyritään kehittämään tietoisuutta läsnäoloa ja tietoisuutta itsestä. Tärkeänä osana harjoitusta ovat myös potilaan kokemukset harjoituksesta. Mitä ajatuksia ja tunteita harjoitus hänessä herätti? (Talvitie ym. 2006, 272.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE, TARKOITUS JA TOTEUTUS

Työskentelen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) fysioterapeuttina. Fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja fysiatriit muodostavat Fysiatrian yksikön. Fysiatrialla on myös poliklinista toimintaa, mutta suurin osa terapeuteista tekee työtä eri osastoilla. Työskentelen akuutilla neurologisella osastolla, jossa mm. konversiopotilaita tutkitaan ja kuntoutetaan.

Kehittämistehtävän tavoite on lisätä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnan, ensisijaisesti fysioterapeuttien, tietämystä konversio-oireesta ja antaa ajatuksia siihen, miten kohdata tämä potilasryhmä osastolla. Kehittämistehtävän tarkoituksena on laatia ohje konversiopotilaan kohtaamiseen. Työn yhtenä tavoitteena on myös herättää ja pysäyttää meitä terveydenhuoltoalan ammattilaisia ajattelemaan kohtaamisen merkitystä potilastilanteissa. Tämän kehittämistyön tekeminen laajentaa myös omaa ymmärtämystäni konversiopotilaasta.

Akuuteilla neurologian osastoilla kuntoutetaan ja hoidetaan nimensä mukaisesti pääsääntöisesti potilaita, joilla on neurologisia oireita. Konversiopotilas oireineen on erilainen ja epätyypillinen potilas osastolla. Osastolla ei ole ohjetta tai vakiintunutta toimintatapaa konversiopotilaan kohtaamisesta tai kuntouttamisesta. Kirjallinen ohje konversio potilaan kohtaamiseen on tarkoitettu työkaluksi hoitohenkilökunnalle helpottamaan ja tukemaan kohtaamista konversiopotilaan kanssa. Ohje koostuu ajatuksista ja asioista, jotka hoitohenkilökunnan tulisi huomioida kohdatessaan konversiopotilaan osastolla. Lisäksi ohjeessa on erikseen kehotietoisuusharjoituksia, joita fysioterapeutti voi käyttää konversiopotilaan fysioterapiassa.

4.1 Konversiopotilas akuuttiosastolla

Akuutilla osastolla potilaat ovat äkillisesti sairastuneita. Hoitotyö on aluksi peruselintoimintojen seuraamista ja turvaamista sekä komplikaatioiden ehkäisyä. Kuntouttavalla hoitotyöllä pyritään ylläpitämään tai mahdollisimman pian palauttamaan sairastuneen

toimintakyky voinnin sallimissa rajoissa. Heti sairastuneen voinnin salliessa aloitetaan kuntoutus osastoilla, myös erityistyöntekijöiden toimesta.

Akuuttineurologian osasto 10B ja aivoverenkiertohäiriöyksikkö vastaavat erikoissairaanhoitoa edellyttävien akuuttien neurologisten sairauksien osastohoidosta Pirkanmaalla. Aivoverenkiertohäiriöyksikössä on 10 sairaansijaa ja hoitoajat ovat tavallisimmin lyhyitä, 1-3 vuorokautta. Osastolla toimii yksi erikoistuva lääkäri ja 1-2 osastosta vastaavaa lääkäriä. Potilaat tulevat yksikköön ensiapupoliklinikan kautta. Jatkohoitoon he siirtyvät joko osastolle 10b tai jatkokuntoutukseen kotikuntaansa. Oireiston korjauttua täysin he voivat myös kotiutua suoraan yksiköstä.

Osastolla 10B on 28 sairaansijaa ja siellä toimii kaksi erikoistuvaa lääkäriä osastosta vastaavan apulaisylilääkärin valvonnassa. Osastoilla sairaanhoitajien ja perushoitajien lisäksi potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat fysio- ja toimintaterapeutit sekä puheterapeutti ja neuropsykologi. Potilaat ovat usein sijoitettuna 2-3 hengen huoneisiin. Osastolla työskentelee kolme fysioterapeuttia. Fysioterapeuteilla ei ole erillistä terapiatilaa tai vastaanottohuonetta. Fysioterapeutti tapaa ja kuntouttaa potilasta potilashuoneessa. Myös osaston käytävää ja hissiaulaa käytetään terapiatilana. Hoitoaika 10B osastolla on keskimäärin 3-5 vuorokautta. Jatkohoitoon potilaat siirtyvät yleensä kotikuntaansa. (Akuuttineurologian vastuuyksikkö 2013.)

Konversipotilaille tehdään sairaalassa kattavat neurologiset tutkimukset. Vatajan & Leppävuoren mukaan alkuvaiheen perusteellinen tutkiminen ei ole resurssien haaskausta, sillä näin saatetaan estää myöhemmät tutkimuskierteet. Esimerkiksi toiminnallista raajapareesia tutkittaessa tarvitaan usein pään kuvantamistutkimuksia tai elektroneuromyografiaa (ENMG). Muiden tutkimusten ohella myös psykiatrinen tutkimus on tarpeen. (Vataja & Leppävuori 2012, 636.)

Kun tutkimustuloksista ei löydy fyysisille oireille selittävää syytä, pyydetään fysioterapeutin arvio potilaan perusliikkumisesta. Ensimmäisellä kerralla yleensä keskustellaan potilaan kanssa oireista, elämäntilanteesta ja arvioidaan potilaan sen hetkinen fyysinen toimintakyky. Ensimmäisen kerran fysioterapian yhtenä tavoitteena on arvioida potilaan liikkumiskykyä. Tämä tarkoittaa, että jos potilas ei pysty nousemaan itse vuoteesta,

avustetaan potilas istumaan ja mahdollisesti seisomaan. Konversiopotilaan oireista riippuen istuminen tai seisominen saattaa onnistua joko itsenäisesti tai avustetusti. Seuraavalla kerralla kävely usein sujuu lyhyen matkaa apuvälineen turvin avustetusti tai varmistetusti. Arvion jälkeen fysioterapeutti keskustelee lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa jatkofysioterapian tarpeesta ja kotikuntoisuudesta. Fysioterapeutti ehdii tavata potilasta noin 2 kertaa osastojakson aikana.

4.2 Kirjallinen ohje konversiopotilaan kohtaamisesta

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors (2007, 124) määrittelevät kirjallisen ohjausmateriaalin tarkoittavan erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Ne voivat olla yhden sivun mittaisia lyhyitä ohjeita tai useampisivuisia oppaita. Hyvässä potilasohjeessa kirjoittaminen alkaa pohdinnalla kenelle ohje ensisijaisesti laaditaan ja kuka on ohjeen lukija, lisäksi on tärkeää miettiä mikä on ohjeen tarkoitus. Ohjeessa suositetaan käyttämään mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Kirjallisen ohjeen hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. Tekstin ja kuvien asettelulla saadaan hyvä ulkoasu. Liian täyteen tekstiä ahdettu ohje tai liian paljon asiaa sisältävä ohje ei houkuttele lukemaan. Otsikot ja väliotsikot ovat luettavuuden kannalta ohjeen tärkeimmät osat. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo aiheen ja herättää mielenkiinnon. Väliotsikot jakavat ohjeen sopiviin lukukappaleisiin ja kertovat olennaisimman asian. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39–40, 53, 58–59.)

Konversiopotilaan kohtaaminen-ohjeessa (Liite 1.) on aluksi kerrottu kenelle ohje on suunnattu ja milloin ohje sopii parhaiten luettavaksi. Ohjeessa on myös lyhyt kertaus, mitä konversiohäiriö termi tarkoittaa ja mitä fyysisiä oireita se aiheuttaa. Seuraavaksi ohjeessa on kerrottu muutamalla lauseella, miten hoitaja tai terapeutti voi valmistaa itsensä potilaan kohtaamiseen. Ohjeessa on ajatuksia potilaan kohtaamiseen esimerkiksi mitä hoitaja tai terapeutti voi sanoa, tai mitä ei kannata sanoa. Ohjeessa on myös kerrottu millaisilla asioilla hoitaja tai terapeutti pystyy luomaan rauhallisen, kiireettömän tunnelman potilastilanteeseen.

Ohjeeseen on kerätty sellaisia kehotietoisuusharjoituksia, joita on mahdollista tehdä vähäisten tapaamiskertojen puitteissa. Osastolla ei ole erillistä fysioterapiatilaa. Siksi ohjeessa ei ole makuulla tehtäviä harjoituksia. Osastolla fysioterapeutit ovat niitä, jotka avustavat ja ohjaavat potilaat ylös vuoteista istumaan, seisomaan ja kävelemään. Ohjeeseen on tämän vuoksi valittu sellaisia psykofyysistä kehotietoisuutta lisääviä harjoituksia, joita voidaan tehdä istuen ja seisten. Harjoituksia on mahdollista toteuttaa osastolla potilashuoneessa tai käytävällä.

Kehotietoisuuden harjoittelun tavoitteena on, että potilas tulee tietoisemmaksi kehostaan ja sen viesteistä. Tietoisuuden lisääntyminen vaikuttaa myönteisesti kehon hallintaan, kehon liikkeisiin ja jännityksiin. Näissä kehotietoisuusharjoitteissa pääasiassa harjoitellaan, kuulostellaan ja haetaan suhdetta alustaan, keskilinjaan ja kehon keskustaa.

Ohje konversiopotilaan kohtaamisesta on kaksisivuinen. Ensimmäinen sivu painottuu kohtaamiseen ja on tarkoitettu koko hoitohenkilökunnalle. Toinen sivu on laadittu ensisijaisesti fysioterapeuttien käyttöön. Teksti on helppolukuista ja ohjeeseen on pyritty ottamaan mukaan oleelliset asiat kohtaamisesta. Liikeharjoitteet on valittu niin, että fysioterapeutti, jolla ei ole psykofyysistä koulutusta, pystyy tekemään harjoituksia konversiopotilaan kanssa. Kuvat ohjeessa ovat Katriina ja Jyrki Latokartanon ottamia.

Ohjeen ovat lukeneet opiskelutoverit, osaston fysioterapeutit, kaksi muuta fysioterapeuttia työyhteisössämme ja yksi ei terveydenhuoltoalalla oleva henkilö. He ovat antaneet myös korjausehdotuksia ohjeeseen.

Fysiatrialla on käytössä oma verkkolevyasema, josta löytyvät potilasohjeet. Tämän kehittämistehtävän kirjallinen ohje konversiopotilaan kohtaamisesta löytyy tulevaisuudessa fysiatrian työntekijöiden yhteisessä käytössä olevalta verkkoasemalta. Ohjetta on myös mahdollista tulostaa osaston henkilökunnan käyttöön.

5 POHDINTA

Työskennellessäni osastolla huomaan, miten juuri konversiopotilaat kokevat etteivät ole tulleet kuulluksi ja että heidän oireitaan ei oteta todesta. Tämä johtunee siitä, ettei hoitohenkilökunnalla ole riittävästi tietoa konversio-oireista ja mistä oireilussa on kyse. Tätä tietoa lähdin kehittämistehtävää aloitellessani itse etsimään ja syventämään.

Konversiopotilaat ohjautuvat oireiden perusteella neurologiselle osastolle ja ovat akuutilla neurologisella osastolla erilainen potilasryhmä. Konversiohäiriöiden hoitamiseen tarvitaan neurologista tietämystä ja psykiatrasta osaamista. Psykiatrasta osaamista osaston henkilökunnalla on vähän, mutta aitoon potilaan kohtaamiseen ja läsnäoloon pystyy halutessaan jokainen. Kirjallisuudessa törmäsin havaintoihin, jotka osoittivat hyvän ja turvallisen hoitosuhteen edistävän konversiopotilaan kuntoutumista. Osastolla tarvitaan jo akuutissa vaiheessa hoitohenkilökunnan ymmärrystä, kuuntelemisen taitoa ja aitoa läsnäoloa konversiopotilasta kohdatessa, jotta toipumisprosessi käynnistyisi jo akuutilla osastojaksolla. Konversiopotilas haastaakin terveydenhuoltoalan ammattilaisia kehittämään ymmärrystämme mielen, aivojen ja ruumiin yhdistyneistä toiminnoista (Korkeila 2009, 4174- 4175).

Konversio-oireesta oli haastavaa löytää tietoa tai tutkimuksia. Tämä johtunee osittain siitä, että tästä sairaudesta käytetään montaa nimeä. Uutta yhtenäistä nimeä, funktionaaliset oireet ei ole vielä otettu käyttöön. Vaihtelevan nimityksen lisäksi konversio-oire katsotaan kuuluvaksi eri määritelmien mukaan eri tautiluokkiin.

Potilaan ja asiakkaan kohtaamisesta on kirjoitettu paljon. Asia on mielenkiintoinen ja muuttui tärkeämmäksi mitä enemmän asiaa luin. Kirjallisuudesta sain vahvistusta ajatuksilleni kohtaamisen korostamisesta välillä kiireisellä osastollamme. Olen kiinnittänyt huomiota omaan tapaan kohdata potilaita ja olen pyrkinyt rauhoittumaan ennen tapaamista ainakin konversiopotilaiden kohdalla.

Psykofyysinen fysioterapia lähestymistapana oli minulle ennen tätä vuotta vieras. Käsitteisiin perehtyminen oli työlästä ja aikaa vievää. Useampaan erilaiseen lähestymistapaan

tarkemmin tutustumiseen eivät omat voimavarani olisi riittäneet. Päätin sen sijaan keskittyä vain yhteen lähestymistapaan. Siksi käytin tässä työssä pääsääntöisesti Roxendalin käyttämiä käsitteitä kehontuntemuksesta.

Konversiopotilaan ohjeesta piti tulla asiasisällöltään tiivis A4 kokoinen ohje. Työn edessä huomasin, etten millään saa kaikkea haluamaani mahtumaan yhteen sivuun. Kyseilin myös työyhteisössäni fysioterapeuttien mielipidettä ohjeen pituutta lisäävien kehoitietoisuusharjoitusten tarpeellisuudesta. He kokivat, että harjoitukset ovat konkreettisia, selkeitä työkaluja juuri fysioterapiaan, joten harjoitukset säilytettiin. Toivon, että ohjeen ulkoasu houkuttelee lukemaan ja että itse ohje on helppolukuinen. Ulkoasu on vähän tylsä. Olisin halunnut kuvia, jotka antaa lukijalle seesteisen, miellyttävän ja rauhallisen vaikutelman. Todellisuus ja omat haaveet ja mielikuvat eivät tässä kohdanneet.

Olen tehnyt ohjeessa olevia harjoituksia kolmen konversiopotilaan kanssa. Yllätyin, että nämä potilaat väsyivät nopeasti muutaman harjoituksen jälkeen. Yhdellä kerralla ei pystynyt tekemään montaa harjoitusta. Tulipahan huomattua, että vähemmän on enemmän ja jatkossa muutamakin liike kerrallaan siis riittänee. Positiivista on ollut huomata, että potilaat ovat keskittyneet, pysähtyneet tekemään liikkeitä tunnollisesti. Yksi potilas totesi, että ”onpa outoja harjoituksia.” Harjoituksia on ollut helppo toteuttaa osastolla. Harjoituksia on voinut myös tehdä tutkimisen yhteydessä.

Vaikka ohje on suunnattu konversiopotilasta koskevaksi, kehoitietoisuusharjoitukset soveltuvat kenelle tahansa potilaalle, jonka mielenterveys on järkkynyt. Toivon, että ohjeeni herättää jokaista pohtimaan omaa tapaa kohdata potilaita. Toivon, että seuraavan kerran istut hetkeksi potilaan viereen ja annat hänelle hetken sinun ajastasi.

Työn tekemisestä jäi päällimmäisenä mieleen, että kirjoittaminen on vaikeaa! Etenkin alussa tuntui, etten saa kokonaista ymmärrettävää lausetta kirjoitettua. Onneksi minua on auttanut aviomieheni, joka jaksoi lisätä kummallisiin lauseisiini predikaatit ja subjektit. Vaikka kirjoittaminen helpottuu kirjoittamalla, on lohdullista todeta, että päivätyöni on kuitenkin onneksi pääsääntöisesti potilastyötä. Yllätin itseni ja olin itselleni armeliampi opiskelun suhteen aikaisempiin kertoihin verrattuna. Toisaalta huomasin välillä taantuvani rakkaiden lasteni, koululaisten tasolle: Onks pakko, jos ei huvita?

Syyskuussa kehittämistehtäväni oli siinä vaiheessa, että aloin näkemään unia kehittämistehtävien otsikoista. Kun otsikot olivat kohdillaan, ei kehittämistehtävä enää häirinnyt öitäni.

Nyt on kiitosten aika. Kiitos perheelle, jotka jaksoivat ymmärtää, kun leijailin välillä omissa ”sfääreissä”. Kiitos Päivi ja Laura, kun olette raataneet töissä tehden minun työni. Kiitos Kati ja Mirja. Olen ihmetellyt ja katsellut elämää psykofyysisin silmin. Olen huomannut, että ainoa ihminen, jonka toimintaa ja ajattelua voin varmasti muuttaa olen minä itse. Täytyy tulevaisuudessa uskaltaa kohdata omat asenteet ja tunteet. Tästä minun on hyvä jatkaa.

LÄHTEET

Achté, K., Alanen, Y., & Tienari, P. 1994. Psykiatria. Juva: WSOY.

Akuuttineurologian vastuuyksikkö. Luettu 22.9.2013.

<http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=18591&contentlan=1#>

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY oppimateriaalit Oy.

Hietahaju, P., Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. O., 2007. Miten kohtaan ”somatisoijan” Suomen lääkirilehti 12/2007 vsk 62 s. 1233.

Karlsson H., Saarijärvi S., Seppä J.M., 1990. Konversiohysterinen halvaus nuorella naisella. Duodecim 106/1990, 1273-1276.

Korkeila, J. 2009. Vieläkö hysteriaa on olemassa? Suomen Lääkirilehti 48/2009 vsk 64.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo., Sivén, T & Välimäki, P. 2002. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Keuruu: Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.

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

Monsén, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Otava.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Nilsonne, Å. 2007. Kuka ohjaa elämääsi. Tietoisuustaidot arjen apuna. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Nummenmaa, L. 2010. Tunteiden Psykologia. Scandbook AB, Falun. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Piirainen, A., Jäppinen, A-M., Knaapi-Junnila, S., Lehtonen, K., Saarinen, J., Stepanoff, J., Leskelä, J. & Tallqvist, S. 2012. Potilasohjaus fysioterapiassa. Fysioterapia 5/2012 vol. 59.

Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 24.2.13. <http://www.psyfy.net>

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

Roxendal, G., Winberg, A. 2002. Levande människa. Falköping. Elanders Gummesons.

Sandström, M. 2010. Psykyke ja aivotoiminta. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki. WSOYpro Oy.

Svennevig, H. 2005. Kehon mieli. Porvoo. BookWell Oy.

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

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Esa Print. Edita. Helsinki.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilas ohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer- paino Oy.

Uvnäs-Moberg, K. U., 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vataja, R & Leppävuori, A. 2012. Konversiohäiriön arviointi ja hoito: psykiatria ja neurologiaa kiehtovimmillaan. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.128/2012, 634-41.

Väisänen, L., Niemelä, M & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala. Vammalan Kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Konversiopotilaan kohtaaminen –kirjallinen ohje

Konversiopotilaan kohtaaminen

Nämä ajatukset ja ohjeet on suunnattu sinulle, hoitohenkilökunnan ammattilainen. Tämä ohje sopii luettavaksi esimerkiksi ennen potilaan tapaamista. Näiden ajatusten ja ohjeiden tarkoituksena on tukea ja helpottaa sinua kohdatessasi potilaan, jonka mielenterveys on järkkynyt. Ohjeen lopussa olevat kehotietoisuusharjoitteet on suunnattu fysioterapeuttien työn tueksi.

Olet siis menossa tapaamaan potilasta, jonka fyysisille oireille ei löydy lääketieteellistä selitystä. Tällöin puhutaan konversiohäiriöstä, jolla tarkoitetaan, että fyysisten oireiden taustalla on psyykinen pahoinvointi. Konversio-oireisen potilaan fyysisiä oireita voivat olla mm. kävelyvaikeus, erilaiset kiputilat, tuntuu puutokset, lihasheikkous tai/ja epilepsian tapaiset oireet. On hyvä pitää mielessä, että selittämättömätkin oireet ovat todellisia!

Valmistautuminen tapaamiseen

Ennen kuin menet tapaamaan potilasta: Pysähdy hetkeksi. Anna omien ajatustesi tulla ja mennä. Anna hengityksesi rauhoittua ja hidastua.

Rauhallinen olemuksesi luo turvallisuutta potilaan kohtaamiseen.

Potilaan kohtaaminen

Kohdatessasi katso potilasta silmiin. Käy istumaan.

Puhu rauhallisesti. Anna potilaalle aikaa puhua. Anna tilaa potilaan reagoinnille. Kuuntele, ole läsnä.

Tarjoa selkeää tietoa. Selittämättömätkin oireet ovat oikeita potilaalle. Vältä ilmaisua, että oire olisi vain psyykinen.

Liian vahvat ilmaukset estävät avoimen vuoropuhelun syntymisen. Voit sanoa: ”Minulle tulee sellainen olo kertoessasi että olet”, tai ”Kuulostaa, siltä että.”

Voit kokeilla sanaketjua: Poimi potilaan puheenvuorosta sana ja kytke sana omaan puheenvuoroon. Sanoista, joita toinen käyttää tulee tällöin yhteisiä sanoja. Esimerkiksi potilas kuvailee jalkansa tuntuvaan ”pötkelöltä.” ”Kuvailit, että jalkasi tuntuvat ”pötkelöltä.”

Sanaketju vahvistaa potilaan kuulluksi tulemistä ja yhteiseen ymmärrykseen pääsemistä.

Koskettaminen esim. olkapäähään tai käteen voi auttaa rauhoittumaan.



Kehotietoisuusharjoituksia

Seuraavat harjoitukset lisäävät tietoisuutta kehosta ja antavat potilaalle kehollisia tunteuksia. Harjoittelun tavoitteena on pystyä tunnistamaan kehoaan paremmin ja tulla tietoisemmaksi kehonsa reaktioista.

Etene rauhallisesti potilaan voimavaroja ja tarpeita kuunnellen.

Pyydä potilasta kuuntelemaan hengitystä, sen rytmiä, liikettä ja virtausta.

Harjoitteita tehdessä seuraa potilaan vointia. Pidä taukoa tarvittaessa. Harjoitteita tehdessä **rohkaise potilasta kuuntelemaan ja tunnustelemaan kehoaan**: Miltä hänestä liike tuntuu, missä liike tuntuu. Onko liikkeitä helppo tai vaikea tehdä.

Jos potilas haluaa keskustella tunteuksistaan, jätä sille aikaa.

ISTUEN

Istu tuolin etuosassa, jalkaterät tukevasti maassa. Tunne mitkä kehonosat koskettavat alla olevaasi tuolia ja mitkä lattiaa. Keinu hitaasti, pehmeästi pakaralta toiselle. Kehon paino siirtyy sivuilta sivuille, sitten eteen ja taakse. Liike saa olla aluksi hyvin pientä.

ISTUEN TAI SEISTEN

Tömistele jaloilla alustaa, ensin hiljaa, sitten voimakkaammin.

Kohota hartioita ylös ja anna hartioiden painua hitaasti alas

Liikuttele päätä rauhallisesti sivusuuntaan kuin sanoisit; ei, ei, ja ylös-alas suuntaan; kyllä, kyllä.

SEISTEN

Seiso jalat lantionleveyisessä haarassa. Tunnustele kuinka jalkapohjasi asettuvat alustalle ja kuinka lämmin tai kylmä lattia on. Anna käsien levätä vartalon molemmin puolin.

Siirrä painoa rauhallisesti eteenpäin varpaille ja takaisin koko jalkapohjalle. Keinu hitaasti varpaille ja takaisin etsien luontevaa asentoa seistä.

Käännä ylävartaloa rauhallisesti vuorotellen oikealle ja vasemmalle keskilinjan ympäri. Anna käsien liikkua vapaasti vartalon vierellä. Liikettä voi nopeuttaa voimavarojen mukaan.

Hyviä ja antoisia kohtaamisen kokemuksia!