

Laura Uotinen
Nona Mankki

Osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti AMK

Osteopatian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.1.2018

Tekijät Otsikko	Laura Uotinen – Nona Mankki Osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa
Sivumäärä Aika	44 sivua + 4 liitettä 27.11.2017
Tutkinto	Osteopaatti AMK
Tutkinto-ohjelma	Osteopatia
Suuntautumisvaihtoehto	Osteopatia
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Lehtori Hannaleena Risku-Kauppara
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli syventää ammattikunnan osaamista lisäämällä osteopaattien tietoisuutta masennusta sairastavien hoidosta. Työ on suunnattu osteopaateille ja osteopatian opiskelijoille. Tavoitteena oli kuvata osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Tuotoksena syntyi kuvaus osteopatian mahdollisuuksista masennuksen hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa. Yhtenä tiedonhankintamenetelmänä käytettiin asiantuntijahaastattelua. Haastattelimme neljää osteopaattia. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina. Haastatteluiden tarkoitus oli täydentää kirjallisuudesta nousutta tietoa.</p> <p>Kirjallisuuden sekä kokemustiedon perusteella koottiin kuvaus osteopatian mahdollisuuksista masennuksen hoidossa. Kuvaus kattaa niin masennuksen yhteydessä esiintyvät somaattiset vaivat kuin masentuneiden hoitoon käytetyt osteopaattiset tekniikat. Käytetyt tekniikat vaihtelivat hoidollisen lähestymistavan mukaan. Tutkimustulosten mukaan viskeraaliosteopatiasta oli merkittävää hyötyä masennuksesta kärsiville. Tulokset puhuvat myös osteopatian puolesta täydentävänä hoitomuotona masennuksen hoidossa.</p> <p>Tutkimusten sekä haastattelemiemme osteopaattien mukaan osteopatialla on mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Osteopatian keinoin voidaan muun muassa vaikuttaa kivun lievittymiseen hermoston toiminnan tasapainottumisen kautta, jolla on laaja-alaisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin.</p>	
Avainsanat	Osteopatia, masennus

Authors Title	Laura Uotinen – Nona Mankki The Possibilities of Osteopathy in the Treatment of Depression
Number of Pages Date	44 pages + 4 appendices 27 November 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Hannaleena Risku-Kaupila, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to increase the knowledge of osteopaths in the treatment of depression. The thesis is directed to osteopaths and students of osteopathy. The aim of the thesis is to describe the potential of osteopathy in the treatment of depression which is also the output of the thesis.</p> <p>The thesis is a literary review of the research material available on the topic. Specialist interview was one of the data collection methods used in the thesis. We interviewed four osteopaths. The interview methods were half structured individual interview. The purpose of the interviews was to give us more indepth information about the topic.</p> <p>Research material and the information gained through the interviews was used to make a summary of the topic. The summary consists of somatic symptoms that are often involved in depression and techniques that were used in the research material. The range of the techniques is broad. According to research results visceral osteopathy has significant benefits for depressed patients. The results also support osteopathy as an additional treatment for depression.</p> <p>According to the research and the osteopaths we interviewed, osteopathy has opportunities in treating patients suffering from depression. With osteopathic treatment it is possible, among other things, to affect pain alleviation by balancing the function of the nervous system, which has an wide impact on the person's well-being.</p>	
Keywords	Osteopathy, depression

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön menetelmät	8
2.1	Opinnäytetyön vaiheet	9
2.2	Asiantuntija haastattelut ja niiden analyysi	10
3	Masennus	13
4	Osteopatian historiaa psyykkisten sairauksien hoidossa	16
5	Masennuksen somaattiset oireet	18
5.1	Päänsärky ja migreeni	19
5.2	Kraniaaliset löydökset	20
5.3	Kaularanka	21
5.4	Ruoansulatuselimistön vaivat	22
6	Tutkimustietoa masennuksen hoidosta osteopaattisesti	24
6.1	Tutkimus A	24
6.2	Tutkimus B	25
6.3	Tutkimus C	26
6.4	Tutkimus D	27
7	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	29
8	Haastattelujen tulokset	32
8.1	Huomioon otettavia asioita masentunutta hoidettaessa	32
8.2	Masennuksen somaattiset ilmentymät	33
8.3	Masennuksen hoitoon käytetyt osteopaattiset tekniikat	34
8.4	Osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa	36
9	Pohdinta	39
10	Lähteet	42
11	Liitteet	

Liitteet

Liite 1. Tiedote haastattelusta osteopaatille

Liite 2. Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen

Liite 3. Asiantuntijahaastatteluiden runko

Liite 4. Aineiston analyysin alaluokat

1 Johdanto

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata osteopaattisen hoidon mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Työn tarkoitus on ammattikunnan osaamisen syventäminen lisäämällä osteopaattien tietoisuutta aiheesta. Idea työhön lähti omasta kiinnostuksestamme masennusta sairastavien osteopaattista hoitoa kohtaan. Aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen siltäkin kannalta, että tilastot kertovat huolestuttavasta tosiasiasta: joka viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana (Mielenterveys 2015). Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa yleinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle päätyemisessä. Näistä yleisin on masennus. (Turunen 2017.) Kansantaloudellisesti mielialahäiriöt tulevat siis yhteiskunnalle huomattavan kalliiksi (Kaihovaara 2014).

Mitä masennuslääkkeiden syöntiin tulee, niiden kulutus Suomessa on lisääntynyt rajusti parinkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2012 erilaisia masennuslääkkeitä söi tiedettävästi 444 184 suomalaista. Sittenkin lääkkeitä syövien määrän tiedetään laskeneen hieman, mutta lääkkeiden kulutus ei ole kuitenkaan pienentynyt. Nyt lääkkeitä syödään entistä pidempään ja suurempina annoksina. (Kaihovaara 2014.)

Osteopatiassa korostuu ajattelu ihmisen kokonaisvaltaisuudesta. (Sammur – Searle-Barnes 1998). Vaikuttaa siltä, että painotus ihmisen kokonaisvaltaisuuden merkityksestä hoitoalan eri ammattikuntien keskuudessa on lisääntynyt, joka myös kertoo siitä, että aihe on yleisesti kiinnostava.

Opinnäytetyöllämme pyrimme lisäämään ymmärrystä jo olemassa olevasta teoriasta liittyen osteopatian mahdollisuuksiin masennuksen hoidossa. Lähestymme masennusta sairautena osteopatian näkökulmasta ja kuvaamme sitä alan tutkimuskirjallisuutta käyttäen. Kerromme myös masennuksen tämänhetkisestä käypähoitosuosituksista. Työssä tarkastelemme myös masennuksen aiheuttamia somaattisia vaivoja ja tuomme esiin osteopaattisia tekniikoita, joita on käytetty masentuneita hoidettaessa.

Opinnäytetyömme ensisijaisena kohderyhmänä ovat osteopaatit ja osteopatian opiskelijat. Aihetta on tutkittu aiemmin ulkomailla jonkin verran ja uskomme, että Suomessa toimivat osteopaatit voivat hyötyä työssä esittelemästämme tiedosta.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on mitä mahdollisuuksia osteopatialla on masennuksen hoidossa. Lisäksi työmme apukysymykset ovat: mitä osteopaattisia tekniikoita masentuneita hoidettaessa käytettiin ja mitä somaattisia oireita masennusta sairastavilla on, joita olemme hyödyntäneet kirjallisuuskatsausosiossa.

Opinnäytetyömme tuotoksena on kuvaus osteopatian mahdollisuuksista masennuksen hoidossa. Tuotoksemme on hyödyllinen työelämälle siten, että se syventää osteopaattien osaamista masentuneen asiakkaan hoitamisessa.

2 Opinnäytetyön menetelmät

Päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on tunnistaa ongelmia tietyssä ilmiössä tai yksinkertaisesti vain kehittää tietyn alan teoreettista osaamista (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7). Valitsimme katsaustyyppiä integroivan kirjallisuuskatsauksen, koska haluamme työllämme kehittää osteopaattien osaamista. Integroiva kirjallisuuskatsaus sisältää sekä systemaattisen, että narratiivisen tyylin ominaispiirteitä, jonka vuoksi koimme sen sopivimmaksi menetelmäksi (Stolt, ym. 2016: 13). Kirjallisuuskatsaus auttaa muodostamaan kokonaiskuvan aihealueesta ja se voidaan rakentaa alan tutkimusjulkaisujen perusteella (Stolt, ym. 2016: 7).

Integroiva kirjallisuuskatsaus sallii tutkimusaineiston vapaamman käytön, joka on hyödyllistä työmme kannalta. Sen keskeisin piirre on erilaisten tutkimuskirjallisuuksien ja menetelmien tuotettujen tulosten yhdistäminen yhtenäiseksi synteeksi. Tässä katsaustyyppissä voidaan käyttää monenlaista kirjallisuutta, riippuen tietenkin kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelusta. Katsaustyyppi sopii hyvin uutta tietoa kehittäväälle työlle. (Stolt, ym. 2016: 9-13; Salminen 2011: 8.) Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsausosuus tarkastelee aiempaa tutkimuskirjallisuutta, jossa kuvataan osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Työmme tarkoituksena on kuitenkin kehittää alan osaamista ja tuotoksemme kokoaa uutta tietoa Suomessa toimiville osteopaateille. (Stolt, ym. 2016: 13).

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat masennus sekä osteopatia. Kirjallisuuskatsauksen aineiston keräämisen suoritimme systemaattisen kirjallisuushaun keinoin, käyttämällä hakusanoja osteopathy ja depression (Stolt, ym. 2016: 25). Tietokantahakujen lisäksi käytimme manuaalista aineistohakua primäärissä haussa löytämiemme tutkimusten ja artikkelien lähdeluetteloita hyväksikäyttäen (Stolt, ym. 2016: 27).

Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen lisäsimme myöhemmässä vaiheessa uuden apukysymyksen, jota hyödynsimme kirjallisuuskatsauksessa. Kysymys on mitä somaattisia oireita masennusta sairastavilla esiintyy. Ensimmäisen aineistohaun yhteydessä ilmeni, että valitsemillamme hakusanoilla ei saatu riittävän kattavaa aineistoa kirjallisuuskatsauksemme tekemiseen. Suoritimme siis uuden aineistohaun käyttäen hakusanoja depression, somatic symptoms.

Rajasimme hakukriteerit opinnäytetyössämme kielen, saatavuuden ja kustannusten perusteella. Käytimme ainoastaan englanninkielisiä tutkimuksia kirjallisuuskatsauksessa. (Stolt, ym. 2016: 26.)

Suoritimme tutkimusten arvioinnin osana kirjallisuuden valintaprosessia. Arvioinnissa vertasimme tutkimusten tuottamaa tietoa tutkimuskysymyksiimme, jotta välttäisimme virheellisesti painottuvat tulokset ja päätelmät. (Stolt, ym. 2016: 28.)

2.1 Opinnäytetyön vaiheet

Opinnäytetyön valmistelu alkoi syksyllä 2016, jolloin Laura valitsi aiheen ja ideoi työn rakennetta. Opinnäytetyön työsuunnitelmavaiheessa Nona liittyi mukaan työhön. Valmiin työsuunnitelman palautimme helmikuussa 2017. Haastateltaviin osteopaateihin olimme alustavasti yhteydessä syksyllä 2016. Aineiston keräämisen aloitimme helmikuussa 2017 ja kesäkuussa 2017 suoritimme toisen aineistohaun. Pehdyimme aineistoon ja aloitimme kirjallisuuskatsauksen kokoamisen. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan, haastattelut oli tarkoitus toteuttaa jo kesäkuussa, mutta kirjallisuuskatsaus ei ollut vielä sillä mallilla kuin odotimme sen olevan. Kirjallisuuskatsaus rakentui lokakuun alkuun asti, saavuttaen runkonsa, jonka pohjalta muotoilimme haastattelukysymykset. Asiantuntijahaastattelut sovittiin lokakuun 2017 loppuun. Haastateltavien aikataulumuutosten takia viimeiset haastattelut toteutuivat marraskuun alussa. Litteroimme keräämämme aineiston heti haastattelujen jälkeen. Aineiston analyysi alkoi marraskuun 2017 toisella viikolla. Marraskuun aikana pehdyimme aineistoon lukemalla sen useaan otteeseen, jolloin se tuli tutuksi (Hirsjärvi - Hurme 2000: 143). Analyysi tavoitti lopullisen muotonsa marraskuun lopussa, jolloin myös kirjoitimme tulokset. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan meidän oli tarkoitus kirjoittaa osteopaateille ja osteopatian opiskelijoille suunnattu artikkeli, joka tiivistää työmme tulokset. Marraskuussa 2017 päädyimme kuitenkin siihen, että työmme tuotos on kuvaus osteopatian mahdollisuuksista masennuksen hoidossa, joka käsittää opinnäytetyömme kokonaisuudessaan. Opinnäytetyö palautettiin 27.11.2017 opponoijille ja ohjaajille. Työ julkistettiin 5. joulukuuta 2017. Tammikuun 2018 aikana työhön tehtiin muutamia korjauksia, jonka jälkeen lopullinen versio palautettiin 25.1.2018. Opinnäytetyön vaiheet ovat esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyön eteneminen

Ajankohta	Opinnäytetyön vaihe
syksy 2016	Opinnäytetyön aiheen valinta ja työn ideointi
helmikuu 2017	Työsuunnitelman valmistuminen ja palautus
helmi - lokakuu 2017	Kirjallisuuskatsauksen kokoaminen
loka - marraskuu 2017	Haastattelut Litterointi Sisällön analyysi Tulosten kirjoittaminen
joulukuu 2017	Opinnäytetyön julkistaminen
tammikuu 2018	Työn viimeistely

2.2 Asiantuntijahaastattelut ja niiden analyysi

Opinnäytetyössä pohdimme kirjallisuuskatsauksen lisäksi osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa käytännön tasolla. Valitsimme haastattelut aineistonkeruumenetelmäksi, sillä halusimme tuoda työssämme esiin myös asiantuntijoiden hiljaista tietoa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan asiantuntijahaastattelut oli tarkoitus toteuttaa ryhmähaastatteluna, mutta aikataulumuutosten takia päädyimme tekemään haastattelut puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina.

Puolistrukturoitu haastattelu pitää sisällään tarkat kysymykset ja kysymysten järjestys on kaikille haastateltaville sama. Vastausvaihtoehtoja ei anneta, vaan haastateltava saa vastata kysymyksiin omin sanoin. (Eskola - Suoranta 1998: 87.) Puolistrukturoiduille haastatteluille on ominaista, että jokin osa haastattelusta on ennalta määritelty ja lyöty lukkoon, mutta myös avoimuudelle jätetään tilaa. Esitimme tarkat kysymykset, mutta emme rajanneet vastauksia millään tapaa. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 47). Haastatteluiden runko rakentui muutaman eri aihealueen ympärille. Aiheet olivat masennuksen somaattiset oireet, osteopaattiset tekniikat sekä yleisesti haastateltavien kokemukset masentuneiden hoitamisesta. Tarkoituksenamme oli rakentaa haastattelu kirjallisuuskatsauksen ympärille, ja kysymykset tarkentuivat pitkälti sen perusteella.

Haastattelukysymykset olivat:

1. Mitä asioita tulisi mielestäsi ottaa huomioon masentunutta hoidettaessa?
2. Mitä somaattisia vaivoja masennusta sairastavilla on Sinun kokemuksesi mukaan?
3. Mitä tekniikoita käytät masennuksen mahdollisesti aiheuttamiin somaattisiin oireisiin?
4. Mitä mahdollisuuksia osteopatialla on mielestäsi masennuksen hoidossa?

Nauhoitimme tekemämme haastattelut, jonka jälkeen kirjoitimme ne puhtaaksi eli litteroimme aineiston. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 14 sivua ja 7406 sanaa fontilla Arial 11, riviväli 1,5.

Haastateltavat neljä osteopaattia valitsimme tarkan harkinnan tuloksena. Valintaperusteena oli muun muassa se, että haastateltavalla on jonkin verran kokemusta masentuneen asiakkaan hoitamisesta. Kaikki haastateltavat työskentelevät pääkaupunkiseudulla ja heillä on vähintään seitsemän vuoden kokemus osteopaatin ammatin harjoittamisesta.

Haastatteluilla kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä. Analyysin tavoitteena on tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Onnistuneen analyysin tuotos on selkeä ja informatiivinen tiivistelmä hajanaisesta aineistosta. (Eskola - Suoranta 1998: 138).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistolta kysytään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä, eli tunnistetaan asiat, joista ollaan kiinnostuneita (Tuomi - Sarajärvi 2002: 102-103). Aineistolle esittämämme kysymykset olivat mitä asioita tulisi ottaa huomioon masentunutta hoidettaessa, mitä somaattisia vaivoja masennusta sairastavilla on, mitä tekniikoita käytetään masennuksen mahdollisesti aiheuttamiin somaattisiin oireisiin ja mitä mahdollisuuksia osteopatialla on masennuksen hoidossa.

Etenimme aineiston analyysissä asteittain. Meillä ei ollut etukäteisolettamuksia aineiston sisällön suhteen. Pehdyimme kerättyyn aineistoon, lukemalla litteroidut haastattelut moneen otteeseen. Jaoin aineiston kysymyksittäin teemoihin käyttämällä värikoodeja. Nostimme aineistosta esiin tutkimus- ja apukysymyksiin vastaavat asiat ja loimme niistä pelkistettyjä ilmaisuja (ks. taulukko 2). Tämän jälkeen luokittelimme pelkistetyt ilmaisut alaluokkiin, joille annoimme kuvaavat nimet. (Eskola - Suoranta 1998: 152-153, 156-159; Tuomi - Sarajärvi 2002: 102-103.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysistä

Mitä asioita tulisi ottaa huomioon masentunutta hoidettaessa?	
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Ihminen pitää ottaa huomioon Asiakkaan kommunikointivalmius Onko asia yleisesti kohdattu ja hoidettu Psyykepuolen huomioiminen Kohtaaminen Kokonaisuuden näkeminen Ympäristö: mitä asiakkaan elämässä tapahtuu sillä hetkellä	Yksilö kokonaisuutena
Sanoittaa, mitä kaikkea on mahdollista hoitaa osteopatian keinoin Neutraalina pysyminen Terveystuon ammattilaisina meillä on vastuu asiakkaasta, vaikka muitakin ammattilaisia olisi osana hoitoa	Rajojen asettaminen
Kannustan menemään terapiaan kohtaamaan tunteet Onko asiakkaalla lääkitystä Onko lääkitys vai eikö sitä ole Onko lääkitystä tai terapiaa harkittu	Muu hoito
Yhteyden löytäminen terapeutin ja asiakkaan välille Asiakkaan kuunteleminen Motivoivaa, voimaannuttavaa keskustelua, jossa asiakkaalle jää tilaa omalle oivaltamiselle Maailman-/elämäntarkastuksellinen ote haastatteluun Selkeiden vinkkien antaminen esim. ruuasta ja liikunnasta (pikkuhiljaa tilanteen mukaan) Ajan antaminen hoitotilanteessa Tarkentavien kysymysten esittäminen	Kommunikaatio

Sympaattisen hermoston rauhoittelu Masennus on mahdollisesti tulehdustila Masennus kemiallinen ongelma Autonominen hermosto	Fysiologia
Tupakointi ja alkoholin käyttö Onko uni kunnossa	Elämäntavat

3 Masennus

Masennus on oireyhtymä, josta kärsii vuosittain 5% suomalaisista. Masennuksen psykologisia oireita ovat muun muassa alakuloinen mieliala, kiinnostuksen puute, heikko keskittymiskyky ja ahdistuneisuus. (Tylee - Gandhi 2005.)

Epäily masennuksesta alkaa yleensä psykologisista syistä, vaikkakin noin kahdella kolmesta dominoivia vaivoja ovat somaattiset oireet. (Tylee - Gandhi 2005.) Oireiden tunnistaminen ja erotusdiagnostiikka on hyvin tärkeää. Masennuksen erotusdiagnostiikassa pyritään arvioimaan masennustilan vaikeusastetta sekä erottelemaan ensimmäistä kertaa esiintyvät masennustilat ja toistuvat depressiot toisistaan. Masennus tulee erotusdiagnostisessa prosessissa erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, somaattisista sairauksista ja lääkkeiden tai päihteiden suoraan aiheuttamasta masennustilasta. Masennusta ei diagnosoida, jos kyseessä on normaali surureaktio. (Käypä hoito -suositus, Depressio 2016)

Vaikka tietoisuus sairaudesta on perusterveydenhuollossa lisääntynyt, on masennus alkuun usein vaikea diagnosoida ja monet tapauksista tunnistetaan myöhemmillä sairaalakäynneillä, joskus vasta joitakin vuosia myöhemmin (Tylee - Gandhi 2005). Erotusdiagnostista prosessia vaikeuttaa se, että masennuksen somaattiset oireet ovat usein ensisijainen syy hoitoon hakeutumiselle (Kapfhammer 2006). Masennusdiagnoosin kriteerinä on, että oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja oireet ovat kliinisesti merkittäviä. Oireita tulisi olla 4/10, jotta masennus voidaan diagnosoida. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan muun muassa oireiden määrän perusteella. Se voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea. (Käypä hoito -suositus, Depressio 2016.)

Masennuksen akuuttihoitoon kuuluvat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Usein näitä kahta hoitomuotoa yhdistellään. Hoidossa pyritään myös selvittämään masennusta sairastavan elämäntilanne ja tarjoamaan hänelle psykososiaalista tukea. (Käypä hoito -suositus, Depressio 2016.) Psykiatristen vaivojen, kuten masennuksen hoidossa voidaan käyttää myös manuaalisia hoitoja kuten hierontaa, kiropraktiikkaa, osteopatiaa tai vyöhyketerapiaa. Näiden teho perustunee rentoutukseen sekä terapeutin ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. (Huttunen 2017.)

Masennuksen lääkehoidolle on tieteellistä näyttöä. Lääkkeitä käytetään kaikissa eri masennuksen asteissa, mutta lievän masennuksen hoidossa lääkehoidon hyöty ei ole kovinkaan suuri. Lääkehoidon haasteena on tunnistaa sen tarve ja kohdentaa se hyvin. Sen onnistumisen kannalta on siis tarpeen löytää oikea lääke ja annos. Lääkevalinnassa otetaan myös huomioon muu lääkitys sekä lääkkeen hinta. (Isometsä - Leinonen 2017, Huttunen 2015).

Masennuslääkkeitä on muutamia erilaisia. Niiden eroavaisuudet liittyvät lääkkeiden rakenteeseen, tehoon ja haittavaikutuksiin (Isometsä - Leinonen 2017). Tavallisimpia masennuslääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI) (Isometsä - Leinonen 2017, Huttunen 2015). Nykyään on olemassa myös uusia kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä, niin sanottuja SNRI-lääkkeitä, jotka ovat serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä. Myös trisykliset masennuslääkkeet ovat edelleen käytössä. (Isometsä - Leinonen 2017.)

Suomessa eniten käytetyt, SSRI-lääkkeet, ovat ensisijaisesti käytössä avohoidossa. Ne tehoavat samanaikaisesti myös ahdistuneisuushäiriöön, josta monet masennuspotilaat kärsivät. Haittavaikutuksia on kuitenkin monia. Tavallisimpia näistä ovat pahoinvointisuus ja ruuansulatusongelmat. Haittavaikutuksiin kuuluu myös monia muita oireita, kuten päänsärkyä, unettomuutta sekä seksuaalisia toimintahäiriöitä.

Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet estävät niin serotoniinin, että noradrenaliinin takaisinoton, jonka vuoksi niiden teho on esitetty olevan suurempi SSRI-lääkkeisiin verrattuna. Kaksoisvaikutteisilla masennuslääkkeillä on vähemmän haittavaikutuksia trisyklisiin masennuslääkkeisiin verrattuna. (Isometsä - Leinonen 2017.)

Trisykliset masennuslääkkeet ovat saaneet nimensä niiden kemiallisen rakenteen vuoksi. Niitä on käytetty yli 50 vuoden ajan. (Isometsä - Leinonen 2017.) Etenkin melankolisesta masennuksesta kärsivillä ovat käytössä trisykliset lääkkeet (Isometsä - Leinonen 2017, Huttunen 2015). Potilailla, jotka käyttävät trisyklisiä masennuslääkkeitä on suuria eroja lääkkeen poistumisessa elimistöstä. Seurannassa mitataan lääkkeen seerumipitoisuutta. Kaikki trisykliset lääkkeet ovat tehokkaita noradrenaliinin takaisinoton estäjiä ja jotkut estävät myös serotoniinin takaisinottoa. Haittavaikutuksia on monia; autonomisen hermoston reaktiot ja väsymys sekä painonnousu ovat tavallisimpia. Annostuksen ylittäminen voi johtaa vakavaan myrkytystilaan ja sen takia trisyklisten lääkkeiden käyttöä vältetään itsetuhoisten potilaiden kohdalla. Edellä mainitut kolme lääkeryhmää ovat käytetyimpiä Suomessa, mutta markkinoilla on myös muitakin masennuslääkkeitä. (Isometsä - Leinonen 2017.)

Pitkään ollaan ajateltu, että serotoniinilla, noradrenaliinilla ja dopamiinilla on osuutta masennuksen syntyyn. Vegetatiiviset oireet, kuten painossa ja ruokahalussa tapahtuvat muutokset sekä unihäiriöt, ovat serotoniinin ja norepinefriinin säätelemiä mekanismeja. (Kapfhammer 2006.)

Aku Kopakkala kritisoi kirjassaan ”Masennus: Suuri serotoniinihuijaus” lääketehneiden luomaa uskomusta siitä, että masennus johtuisi serotoniinin puutteesta aivoissa. Kopakkalan mukaan tutkimuksissa ei ole kuitenkaan huomattu masennuksen liittyvän serotoniinin tai noradrenaliinin pitoisuuden vähyteen aivoissa. (Kopakkala 2015: 64-65.)

Ajatellaan, että psykoterapiasta on hyötyä masennuksesta kärsiville. Erityisesti kognitiivinen psykoterapia ja interpersoonallinen psykoterapia ovat tutkimuksen mukaan tehokkaita masennuksen hoidossa. Muita masennuksen hoidossa käytettäviä psykoterapiamuotoja ovat muiden muassa psykodynaaminen psykoterapia, kognitiivis-analyttinen psykoterapia, traumaterapia ja ratkaisukeskeinen psykoterapia. Keskustelu sekä ohjaus ja neuvonta ovat oleellinen osa terapiaa. Tärkeintä psykoterapian onnistumisen kannalta on kuitenkin potilaan ja terapeutin välinen yhteistyö. (Huttunen 2017, Kontunen 2017.)

4 Osteopatian historiaa psyykkisten sairauksien hoidossa

Still-Hildreth hoitolaitos (SHS), josta käytettiin myös nimitystä osteopaattinen mielisairaala, toimi Maconissa Missourissa vuosina 1914-1968. Se oli ensimmäinen hoitolaitos, jossa osteopaattinen hoito oli osana psyykkisesti sairaiden hoitoa. Hoitolaitoksen tehtävä oli tarjota osteopaattista hoitoa psyykkisiä- ja hermostoperäisiä sairauksia sairastaville ja se toimi myös sairaalana. Suurin osa sairaalassa hoidetuista potilaista sairasti psykiatrista tai neuropsykiatrista sairautta (88% julkaistun kaavion perusteella). Näitä sairauksia olivat skitsofrenia ja psykoosi, dementia, masennus, ahdistuneisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, sekä mielisairaudet, jotka ovat oheissairauksia tai yhteydessä raskauteen. (Ching 2014.)

Sairaalassa noudatettiin osteopaattista hoitofilosofiaa, jonka mukaan tarkoitus oli hoitaa ihmistä kokonaisuutena, ei sairautta. Nykyaikainen psykiatrinen hoito pyrkii myös noudattamaan tätä kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa otetaan huomioon potilaan sosiaalinen konteksti ja emotionaalinen hyvinvointi. Vaikka SHS:ssa käytetyt hoitoprotokollat kehittyivät vuosien varrella, sen filosofia oli parantaa mielisairaat potilaat. Monet mielisairaiden nykyaikaiset hoitolaitokset korostavat yksinkertaisesti huolehtivansa potilaistaan. (Ching 2014.)

Tärkeä SHS:ssa tarjottavan hoidon aspekti, joka korostuu toistuvasti kirjallisissa lähteissä, oli kunniallinen, kodikas, ja sosiaalinen ilmapiiri, joka sairaalassa vallitsi. Sairaalan henkilökunta oli sitoutunut kunnioittamaan jokaista potilasta individuaalisesti ja sairaalan kokonaisvaltaiseen hoitofilosofiaan kuului sairaalassa vallitsevan ilmapiirin, erilaisten aktiviteettien ja ruokavalion huomioiminen potilaan paranemisessa. Ruokavalion merkitystä ihmisen terveydentilaan korostettiin ja potilas saatettiin laittaa tietylle ruokavaliolle, kuten esimerkiksi kasvisruokavaliolle tai vähäproteiiniselle ruokavaliolle, jonka määrivät tutkimus- ja laboratoriokokeiden tulokset. Sairaalan potilaita kehoitettiin harrastamaan liikuntaa ja tekemään aktiviteetteja, kuten soittamaan musiikki-instrumentteja, pelaamaan urheilulajeja, ompelemaan, käymään elokuvissa ja avustamaan sairaalaan keittiössä sekä puutarhan hoidossa. (Ching 2014.)

SHS:n potilaille annettiin osteopaattista hoitoa ainakin kolme kertaa viikossa ja sitä kuvattiin potilaan paranemisen perustaksi. Sairaalan alkamisesta lähtien myös hydroterapia oli osana hoitoa. Vuonna 1941 sairaalan presidentin Arthur G. Hildrethin kuoltua, sairaalassa käytettyjen hoitomenetelmien kirjo lisääntyi. Käyttöön otettiin muun muassa insuliinishokkihoito, freudilainen metodi, elektronishokkihoito ja naisten ympärileikkaus. (Ching 2014.)

Psykotrooppisten lääkkeiden nousun uskotaan vaikuttavan SHS:n sulkemiseen. Toinen sairaalan sulkemiseen mahdollisesti vaikuttava tekijä oli osteopaattisen ja allopaattisen lääketieteen yhdistyminen Kaliforniassa vuonna 1962. SHS sulki ovensa vuonna 1968. (Ching 2014.)

Sairaalan raportoimien tietojen mukaan potilaiden paranemistilastot olivat jatkuvasti korkeammat kuin sen aikaisten muiden mielisairaaloiden. Vuonna 1933 Fred M. Still vertaili SHS:ssa hoidettujen skitsofreniaa sairastavien potilaiden tuloksia Denverissä toimivan allopaattisen hoitolaitoksen Colorado Psychopathic Hospital (CPH) tuloksiin. Artikkelissa hän vertaili 1002 SHS:n potilaan tuloksia 242 CPH:n potilaan tuloksiin. Tulosten mukaan 35% SHS:n potilaista parani täysin, kun taas CPH:n potilailla vastaava luku oli 3%. Vaikka SHS:sta säilyneiden tuloksien uskottavuus voidaan kyseenalaistaa, monet potilaat näyttävät saaneen sieltä apua, osa jopa parantuneen täysin. Säilyneiden lääketieteellisten tilastojen mukaan Museum of Osteopathic Medicine arvioi, että noin 7.3% SHS:n potilaista kirjautui myöhemmin uudestaan sisään sairaalaan, jotkut heistä useammin kuin kerran. (Ching 2014.)

Floyed E. Dunn oli osteopaatti, joka työskenteli SHS:ssa vuonna 1940. Hän oli sitä mieltä, että osteopaattinen lähestymistapa sopii hyvin psykosomaattisten vaivojen hoitoon, sillä osteopatiassa korostuu ihmisen näkeminen kokonaisuutena ja sen avulla on mahdollista vaikuttaa psyyken toimintaan somaattisen korjauksen välityksellä. Myös A.T. Still oli sitä mieltä, että osteopatialla voitaisiin hoitaa mielisairaita tuloksekkaasti. Hänen mielipiteensä perustui omakohtaiseen kokemukseen psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitamisesta. (Ching 2014.) Whartonin mukaan Still kertoo kirjassaan suunnanneensa tekemänsä hoidon joissakin tilanteissa spesifisesti potilaan psyykkeeseen. (Wharton 2004: 6).

SHS:ssa toimivat osteopaatit dokumentoivat somaattisia dysfunktioita, joita psyykkisesti sairailta ilmeni. Floyed E. Dunn julkaisi vuonna 1952 American Academy of Osteopathy (silloinen Academy of Applied Osteopathy) vuosikirjassa listan somaattisista dysfunktioista, joita hän oli havainnut psykiatrisia sairauksia sairastavilla. Neurasteniaa tai kroonista väsymystä sairastavilla, joilla ei ollut diagnosoitua sairautta, hän raportoi dysfunktioita C1 ja C2 nikamissa, CT-ylimenoalueella ja TL-ylimenoalueella (T11 ja T12). Potilailla, jotka sairastivat hypokondriaa eli luulosairautta ilmeni ryhmä dysfunktioita rintarangan keskiosassa. Hysteriapotilailla esiintyi yleisemmin velttoutta kuin hypertoniaa. Dunn mainitsi vuosikirjassa myös tuloksista, joita oli saatu tutkimalla osteopaattisesti 1000 skitsofreniaa sairastavaa. Yleisimmät dysfunktiot olivat C1-3, T4-6 ja T11-12 nikamissa. Hän korreloi näitä tasoja superioristen servikaaliganglioiden, splanknisten hermojen ja lisämunuaisten hermotuksen kanssa. (Ching 2014.)

5 Masennuksen somaattiset oireet

Masentuneella esiintyy yleensä yhdistelmä psykologisia ja somaattisia oireita. Perusterveydenhuollossa somaattiset oireet dominoivat usein masennuksen kliinistä kuvaa. Termi somaattiset oireet masennuksessa kuvaa monia erilaisia oireita kuten ruokahalussa ja libidossa tapahtuvia muutoksia, energian puutetta, uniongelmia, kivuttomia somaattisia oireita (huimaus, sydämen tiheälyöntisyys ja dyspnea eli hengenahdistus) sekä yleisiä särkyjä ja kipuja (päänsärky, selkäkipu, lihassärky ja suolistovaivat). Tiettyyn ihmisryhmään kuuluvat ihmiset, jotka sairastavat masennusta raportoivat kärsivänsä somaattisista oireista yleisemmin. (Tylee - Gandhi 2005.) Naiset raportoivat 50% useammin somaattisia oireita kuin miehet (Kapfhammer 2006). Myös vanhukset, vähempi tuloiset, lapset, kulttuurisesti erilaiset väestöt, potilaat, joilla on yhtäaikainen oheissairaus ja vangit raportoivat useammin kärsivänsä masennuksen somaattisista oireista. (Tylee - Gandhi 2005.)

Masennuksen somaattisia oireita on pyritty kuvaamaan vuosien saatossa monien eri termien avulla. Näitä termejä ovat muun muassa krooniset fyysiset tilat, lääketieteellisesti selittämättömät oireet, somatisoituneet oireet, psykosomaattiset oireet ja naamioitu masennus. On tärkeää, että masennuksessa esiintyviä somaattisia oireita ei sekoiteta somatoformisiin sairauksiin. Nimitystä somatoforminen sairaus käytetään kuvaamaan useita erilaisia psykiatrisia sairauksia, joissa ensisijaisina oireina ovat niin sanotut yleiset kivut ja säryt. Erotusdiagnostista prosessia hankaloittaa se, että monet somatoformisista sairauksista kärsivät, sairastavat myös masennusta. (Tylee - Gandhi 2005.)

On olemassa tutkimuksia, joiden mukaan masennus saattaa selittää suurimman osan somaattisista oireista, joita perusterveydenhuollossa nähdään. Depression Research in European Society 2 tutkimuksessa, johon osallistui 1884 ihmistä, kaksi kolmesta eniten raportoiduista depressiivisen kohtauksen oireista olivat somaattisia. Toisessa World Health Organisation (WHO) tekemässä tutkimuksessa, 69% tutkimukseen osallistujista (1146) täytti merkittävän masennuksen kriteerit. Tutkimuksen koehenkilöt olivat lähestyneet perusterveydenhuollossa toimivaa lääkäriä ainoastaan somaattisten oireiden takia ja yli puolella heistä esiintyi useita lääketieteellisesti selittämättömiä somaattisia oireita. Samaan tapaan Kanskassa tehdyssä retrospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että 685 perusterveydenhuollon potilasta, joista 76%:lla oli diagnosoitu masennus tai ahdistuneisuus sairaus, kertoivat somaattisen oireen olleen pääsyy ensi kertaa hoitoon hakeutumiselle. (Tylee - Gandhi 2005.)

Näyttää siltä, että kulttuurisilla eroilla on vaikutusta siihen, mille alueille masennuksen somaattiset oireet paikallistuvat. Esimerkiksi japanilaiset kertovat useammin abdominaali-alueelle paikallistuvasta kivusta, päänsärystä ja niskasärystä kuin vaikkapa amerikkalaiset. Kulttuuriin yhteydessä olevista eroista vastaavat käsitteet mielenterveydestä, sosiaalinen häpeä, sekä kulttuurisidonnainen oireiden tulkinta. Joissakin kulttuureissa masennus nähdään sosiaalisena tai moraalisenä ongelmana, ei mielen sairautena. (Tylee - Gandhi 2005.)

Useat tutkimukset ovat tuoneet esiin psykologisten tekijöiden huomioimisen kroonisen kivun hoidossa (Elbinoune, ym. 2016). Kroonisilla kiputiloilla on vahva yhteys masennuksen ja ahdistuksen syntyyn (Kapfhammer 2006).

5.1 Päänsärky ja migreeni

Päänsärky on lääketieteellisessä kirjallisuudessa yhdistetty psykiatrisiin sairauksiin jo yli vuosisadan ajan. Lukuisat tutkimukset vahvistavat, että psykiatrisia sairauksia, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyy yleisemmin toistuvista päänsäryistä kärsivillä kuin terveillä ihmisillä. (Lake, Rains, Penzien, Lipchic 2005: 493-494.)

Masentuneet potilaat valittavat usein päänsärkyä. Potilaat kuvaavat kipua monesti paineen tunteena tai pantamaisena puristuksena pään ympärillä. (Kapfhammer 2006.) Päänsäryn ja psykopatologian yhteydestä on käyty kliinistä keskustelua huomattavasti enemmän, kuin sitä on systemaattisesti tutkittu. (Lake, ym. 2005: 493). Tämän vuoksi psykologista vaikutusta päänsäryn syntyyn ei tulisi myöskään aliarvioida. Potilasta hoidettaessa on tärkeä muistaa informaation merkitys kipukohtauksen frekvenssin ja keston kannalta, joten esimerkiksi dysfunktionaalisten emootioiden ja ajatusten vaikutuksesta migreeniin on hyvä puhua potilaan kanssa. Myös tietynlaiset toimintamallit voivat lisätä tai ärsyttää migreeniä. (D'Ippolito, Tramontano, Buzzi 2017.)

Osteopaattista hoitoa käytetään kaikenlaisiin tauteihin ja vaivoihin, erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön ongelmiin. Tämän vuoksi osteopaattinen hoito voi olla arvokas, lääkkeetön hoitomuoto migreenistä, ajoittaisesta päänsärystä sekä kroonisesta tensiotyyppisestä päänsärystä kärsiville, joilla esiintyy myös mielialahäiriöitä. Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että manuaalinen hoito on vähentänyt kipua sekä lääkkeiden liiallista käyttöä muun muassa migreenissä. Parhaisiin tuloksiin ollaan päästy yhdistelemällä lääkehoitoa sekä muita terapia-muotoja. (D'Ippolito, ym. 2017.)

Huomattavat toiminnalliset häiriöt liittyen migreeniin, haarautuvat fyysisiin ja emotionaalisiin tekijöihin. Mielialahäiriöt esiintyvät usein oheissairauksina migreenistä kärsivillä ja tiedetään, että ne vaikuttavat haitallisesti myös migreeniin. Migreenistä kärsivät potilaat kertovat usein heikentyneeseen terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Negatiiviset muutokset vaikuttavat muun muassa työhön, opiskeluun, perheeseen, sosiaaliseen elämään sekä vaikeuksiin sopia menoja ja sitoutua. Näitä edellä mainittuja ongelmia esiintyy myös kivuttomina jaksoina. Vaikka monilla potilailla, joilla ensisijaisesti on päänsärkyoireita, ei ole kliinisesti merkittävää psykopatologista tilaa, on kirjallisuudessa nähtävissä, että migreenipotilailla on 2-5 kertainen todennäköisyys omata masennus- tai ahdistuneisuus diagnoosi. (D'Ippolito, ym. 2017.)

5.2 Kraniaaliset löydökset

Masennukseen liittyä usein merkittävä kallonpohjan kompressio. On mahdollista, että masennuksen oireita pystytään lieventämään hoitamalla SBS:n mahdollinen kompressio, OAnivel, LS väli ja temporaaliluun dysfunktio sekä muut kraniaaliset primäärilyöntifunktiot. (Liem 2009: 727.)

Still-Hildreth sairaalassa suoritettiin kokeita psykiatrisesti sairaille potilaille. Kirjallisuuden mukaan heillä esiintyi toistuvasti yksi merkittävä eroavaisuus verrattuna terveisiin ihmisiin, joka näkyi muutoksena kranaalirytmien ilmenemisessä. Kranaalirytmien normaali aikuisella on 10-14 sykliä minuutissa. 2 288:ssä kokeessa, johon osallistui 102 psykiatrisesti sairasta potilasta, keskiverto kranaalirytmien oli 6,7 sykliä minuutissa. Kontrolliryhmässä, johon kuului 62 tervettä henkilöä, keskivertoluku oli 12,47 minuutissa. Yleisesti ottaen potilailla, joilla kranaalirytmien oli toistuvasti alle 9 sykliä minuutissa, esiintyi psykiatrisia oireita. Tulokset olivat toistettavissa ja ne todettiin useamman kuin yhden tarkkailijan toimesta. Suurimmalla osalla potilaista kranaalirytmien kasvoi kliinisen paranemisvaiheen aikana ja laski regressiovaiheen aikana. (Woods - Woods 1961.)

Uudessa Seelannissa toteutettiin osteopaateille suunnattu kysely, jonka tarkoituksena oli kartoittaa osteopaattien kokemuksia mielialahäiriöitä sairastavien potilaiden hoitamisesta. Kyselyyn osallistui 62 osteopaattia, joista suurin osa (79%) raportoi kranaalirytmien olevan tärkeä diagnostinen väline. Tulosten mukaan kranaalirytmien saattaa olla alentunut psyykkisestä stressistä kärsivillä, masentuneilla sekä muita psykiatrisia sairauksia sairastavilla. (Sampath – Roy 2015.)

Myös Plotkin, ym. tekemässä tutkimuksessa saatiin tuloksia, jotka viittaavat siihen, että kraniaalirytmä on alentunut masennusta sairastavilla. Heidän tutkimuksensa lopputilanteessa neljällä koehenkilöllä mitattiin lisääntynyt kraniaalirytmä. Kolmella heistä luku tuplaantui alkutilanteeseen verrattuna. Tämä tukee oletusta, jonka mukaan kraniaalirytmä voidaan mahdollisesti käyttää mittausvälineenä masennuksen astetta tutkittaessa. (Plotkin, ym. 2001.) Tämänhetkinen tutkimustieto aiheesta ei kuitenkaan riitä siihen, että kraniaalirytmä voitaisiin pitää luotettavana diagnostisena keinona potilaan psyykkisen tilan määrittämiseen (Sampath – Roy 2015).

5.3 Kaularanka

Niskakivun tiedetään olevan yhteydessä psykologiseen stressiin (Elbinoune – Amine – Shyen – Gueddari – Abougal – Hajjaj-Hassouni 2016, Blozik, ym. 2009). Etenkin masennusta ja ahdistuneisuutta pidetään merkittävänä tekijöinä, varsinkin kroonisessa niskakivussa. (Blozik, ym. 2009.) Ajatellaan myös, että servikobrakkiaalinen neuralgia voi olla masennuksen ennusmerkki (Elbinoune, ym. 2016).

Niskakipu on usein krooninen tila ja noin kaksi kolmesta aikuisesta kärsii siitä jossakin elämänvaiheessa. Epäspesifinen niskakipu häviää yleensä muutamassa päivässä, mutta 10%:lla niskakipu palaa tai jatkuu ja johtaa pahimmassa tapauksessa työkyvyttömyyteen. (Elbinoune, ym. 2016.)

Lähestymistapoja kroonisen niskakivun hoitoon on useita, joista esimerkkeinä ovat liikunta, manipulointi ja mobilisointi hoidot, akupunktio- ja lääkehoito (Elbinoune, ym. 2016).

On olemassa useita tutkimuksia jotka osoittavat, että potilaan tietyt ominaisuudet, kuten psykososiaaliset tekijät voivat olla ennusmerkkejä, riskitekijöitä ja ratkaisevia tekijöitä niskakivussa. Näyttää siltä, että mitä kivuliaampi niskakipu on sitä enemmän psykologisia tekijöitä tulisi huomioida potilaan hoidossa. On kritisoitu, että psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta niskakivun syntyyn ja hoitoon ei ole integroitu perusterveydenhuollossa annettaviin suosituksiin koskien niskakivun hoitoa. (Blozik, ym. 2009.)

5.4 Ruoansulatuselimistön vaivat

Suurella osalla potilaista, joilla esiintyy ruoansulatuselimistön vaivoja, on psykiatrinen sairaus. Tutkimustulosten mukaan potilailla, jotka kärsivät ruoansulatuselimistön oireilusta, esiintyy myös huomattavasti enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta verrattuna potilaisiin, joilla ei ole ruoansulatuselimistön oireita. Vakavaa masennusta esiintyy ruoansulatuselimistön oireilusta kärsivillä melkein kaksi kertaa enemmän kuin terveillä ihmisillä. (Abdulbari-Elnour 2011.)

Stressin vaikutus ruoansulatuskanavan toimintaan on huomattava. Se vaikuttaa muun muassa suoliston motiliteettiin, limakalvojen rakenteeseen, suolistoesteen toimintaan ja sisäelinten havainnointiin. (Lombardini – Collebrusco 2016: 29.)

Ruoansulatuselimistön oireilun vaikutus voi myös olla psykologinen ja aiheuttaa stressiä. Ruoansulatuselimistön oireilu ilmenee usein vatsakipuna, närästyksenä, ripulina, ummetuksena, huonovointisuutena ja oksenteluna. (Abdulbari – Elnour 2011.) Ruoansulatuselimistön sairaudet yhdistetään häiriintyneeseen kommunikaatioon enteerisen hermoston (ENS), autonomisen hermoston (ANS) ja hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuori (HPA) -akselin välillä (Lombardini-Collebrusco 2016: 29). HPA-akseli on neuraalinen prosessoinnin alue suoliston ja aivojen välillä (Müller – Helge-Resch – Fryer 2014).

Ärtyvän suolen oireyhtymä (IBS) on yksi yleisimmistä ja eniten tutkituista toiminnallisista suolistosairauksista. Se on monimutkainen sairaus, jonka tyypillisinä oireina ovat krooninen vatsan alueelle paikallistuva epämukavuuden tunne tai kipu, johon liittyy ripulia, ummetusta, turvotusta ja liiallisen kaasun kertymistä suolistoon. Sairaudessa kehon normaalit toiminnot kuten suoliston liikkeet, suoliston hermoston sensitiivisyys tai näiden toimintojen aivoperäinen kontrolli on heikentynyt. (Lombardini – Collebrusco 2016: 19,29.)

IBS on merkittävä terveysongelma, joka yhdistetään masennukseen, työkyvyttömyyteen ja elämänlaadun alenemiseen. Sitä esiintyy erityisesti yli 50-vuotiailla ja sitä diagnosoidaan kaksi kertaa enemmän naisilla kuin miehillä. On tutkimuksia, jotka vahvistavat, että stressi ja ahdistuneisuus, hypokondria, ja masennus lisäävät riskiä sairastua IBS:ään (Lombardini – Collebrusco 2016: 12,21,30.) On useita eri tekijöitä, jotka näyttävät vaikuttavan ruoansulatuselimistön motiliteettiin ja sisäelinten sensitiivisyyteen IBS-potilailla. Näitä ovat muun muassa ruoka, suoliston bakteerikanta, ja provokatiiviset ympäristöön liittyvät tekijät, kuten psykososiaalinen stressi. (Müller, ym. 2014.)

IBS on vaikea sairaus diagnosoida ja hoitaa, joka johtuu monitulkintaisuudesta sen määrittelyssä sekä hitaasti kertyvästä tutkimustuloksesta sen hoitamisen hyödyllisyydestä. Osteo-

paattinen näkökulma on erityisen kiinnostava IBS:n hoidossa, sillä sairaudessa sooman, viskeran ja hermoston välillä tapahtuu jonkinlaista kommunikaatiota. (Lombardini – Collebrusco 2016:12.)

Osteopatiassa ajatellaan, että rajoitukset rakenteen liikkuvuudessa häiritsee kehon itsesäätelymekanismien toimintaa. Palpaatiolla tehdyllä kudosten tutkimisella osteopaatin on mahdollista havaita rajoituksia eri rakenteiden liikkuvuudessa ja muutoksia kudostuntumassa, jotka voivat liittyä potilaan oireisiin. Käsittelemällä vatsanalueen sisäelimiä osteopaattisesti, IBS-potilailla voidaan auttaa normalisoimaan veren ja lymfanesteen kiertoa ja autonomisen hermoston tasapainoa, joka voi edistää sisäelinten sekä niitä ympäröivien vatsakalvon rakenteiden joustavuuden ja normaalin liikkuvuuden palautumista. (Müller, ym. 2014.)

6 Tutkimustietoa masennuksen hoidosta osteopaattisesti

Löysimme systemaattisesti tehdyn aineistonhaun avulla neljä tutkimusta, joissa tutkittiin osteopaattisen hoidon vaikutuksia masennukseen.

6.1 Tutkimus A

Tutkimus toteutettiin British College of Osteopathic Medicine (BCOM) klinikalla. Tutkimukseen osallistui 11 kappaletta 29-53 – vuotiasta koehenkilöä, joista kaikki olivat naisia. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä ei ollut diagnosoitua masennusta. (Wharton 2004: 28.)

Koehenkilöt saivat neljä, kolmenkymmenen minuutin, viskeraaliosteopaattista hoitoa kahden viikon aikana. Hoitojen välissä oli vähintään yksi päivä. Tutkimuksessa käytettiin The Beck Depression Inventory 2 (BDI) mittaamenetelmää, joka on yksi laajimmin hyväksytyistä välineistä mittaamaan masennuksen oireita aikuisilla. Tulokset masennuksen oireista, jotka saatiin BDI-lomakkeella lähtötilanteessa, ennen hoitoa ja hoidon jälkeen analysoitiin kruskall-wallis anova - testin ja post hoc - testin avulla. (Wharton 2004: 34-33,43.)

Tutkimustulosten perusteella viskeraaliosteopaattisen hoidon vaikutus naisten masennuksen oireisiin on positiivisella tavalla merkittävä (ks. taulukko 3). Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että neljällä viskeraaliosteopaattisella hoidolla oli merkittävä vaikutus tutkimukseen osallistuneiden masentuneiden naisten kokemiin oireisiin. Tutkimustulosten ero verrattuna lähtötilanteeseen ja hoidon jälkeiseen tilanteeseen on merkittävä samoin kuin ero ennen hoitoa ja hoidon jälkeen. (Wharton 2004: 52,54.)

Taulukko 3. BDI tulokset (Wharton 2004: 46)

BDI total scores	baseline	pre-treatment	post-treatment
median	28	26	7
mean	24	23	12
sum	266	249	131

Ajatellaan, että osteopaattiset viskeratekniikat kiihdyttävät aivoissa sijaitsevien neurotransmitterien, kuten serotoniinin tuotantoa, joka puolestaan stimuloi muita keskuksia kuten hypotalamusta aiheuttaen näin ollen hormonien eritystä (Wharton 2004: 4). A.T Still kuvasi viskeeraan tehtäviä tekniikoita, joiden tarkoituksena oli tehostaa verenkiertoa, laskimopaluuta ja lymfan virtausta elimen ja siitä ulos sekä vahvistaa oikeanlaista hermostollista toimintaa (Lombardini – Collebrusco 2016: 12).

Muutokset vagushermon tonuksessa näyttäisivät olevan yhteydessä hyviin tuloksiin masennuksen hoidossa, joka viittaa siihen, että masennuksen synty voisi olla yhteydessä HPA-akselissa tapahtuneeseen katkokseen (Wharton 2004: 13,14). Tässä tutkimuksessa otettiin huomioon, että vaikuttaessa vagushermoon viskeraaliosteopatian keinoin, on mahdollista stimuloida HPA-akselia ja vaikuttaa masennuksen oireisiin. Terapeuttinen aivojen stimulaatio vasemman vagushermon kautta tunnistetaan tänä päivänä turvalliseksi ja toimivaksi epilepsian pitkäaikaishoitomuodoksi ja sitä on sovellettu myös masennuksen hoitoon. (Wharton 2004: 13-14.)

Tutkimuksessa käytetyt tekniikat olivat ohutsuolen mobilisointi, paksusuolen mobilisointi, iliokekaalikulman mobilisointi, sigmasuolen mobilisointi, pallean inhibointi, maksan palpaatio ja maksapumppu. (Wharton 2004: 34-38).

6.2 Tutkimus B

Tutkimuksessa tutkittiin osteopaattisen hoidon vaikuttavuutta lisähoitona psykiatrisen hoidon rinnalla naisten masennuksen hoidossa. Tutkimus oli kokeellinen kontrolloitu tutkimus, johon osallistui 17 alle menopaussi ikäistä naista (20-50-vuotiaita), joilla oli vastikään diagnosoitu masennus. Tutkimuksen koehenkilöt jaettiin kontrolliryhmään (9) ja hoitoryhmään (8). Kontrolliryhmään kuuluville henkilöille tehtiin osteopaattinen tutkimus placebo mielessä, he eivät siis saaneet osteopaattista hoitoa tutkimuksen aikana. Hoitoryhmän henkilöt saivat kahdeksan kahdenkymmenen minuutin osteopaattista hoitoa. Molempien ryhmien koehenkilöt ottivat antidepressiivistä lääkettä (paroxetine hydrochloride, Paxil) 20 mg päivässä ja saivat psykoterapiaa kerran viikossa kahdeksan viikon ajan. Terapiamuotoina käytettiin yhdistelmänä kognitiivista terapiaa ja neurolingvistista terapiaa (NLP). Molemmat terapiamuodot ovat standardisoituja masennuksen hoidossa. Koehenkilöiden mielentila mitattiin Zung Depressionmittarin avulla tutkimuksen alussa, keskivaiheessa sekä lopussa. (Plotkin, ym. 2001.)

Tutkimuksessa ei noudatettu tiettyä osteopaattista hoitoprotokollaa, vaan hoito toteutettiin ”find it, fix it and leave it alone”-periaatteen mukaisesti. Tällä tavoin varmistettiin, että tutki-

muksen hoitotilanne kuvasi todenmukaisemmin kliinistä hoitotilannetta. Tutkimuksessa käytettiin lukuisia erilaisia tekniikoita, joita olivat: counterstrain, kranaalitekniikat, suorat ja epäsuorat tekniikat, faskian vapautus, Galbreath hoito, inhibiotekniikat, lymfapumput, MET, myofaskiaaliset tekniikat, positional release- tekniikka, mandibular drainage- tekniikka sekä exaggeration- tekniikka. (Plotkin, ym. 2001.)

Tutkimukseen osallistuneiden koehenkilöiden psykometristen tutkimuksien tulokset, jotka mitattiin Zung Depression Scale:n avulla, olivat samaa luokkaa molempien ryhmien kesken tutkimuksen alussa. Tutkimuksen lopussa kaikkien koehenkilöiden tulokset olivat merkittävästi parempia kuin lähtötilanteessa. Kahdeksan viikon jälkeen 100% hoitoryhmään kuuluvista ja 33% kontrolliryhmän henkilöistä saivat normaalit lukemat psykometrisissä tutkimuksissa. Noin 70%:lla kontrolliryhmän henkilöistä esiintyi yhä keskivaikean masennuksen oireita lopputilanteessa. (Plotkin, ym. 2001.)

Tämän tutkimuksen tulokset puhuvat sen puolesta, että osteopaattinen hoito voi olla toimiva lisähoitomuoto masennuksen hoidossa. Tutkimus oli kuitenkin varsin pienimuotoinen ja tarvitaan lisää tutkimustietoa, jotta osteopaattista hoitoa voitaisiin varmuudella suositella lisähoitoksi masentuneille. (Plotkin, ym. 2001.)

6.3 Tutkimus C

Tutkimuksessa tutkittiin osteopaattisen hoidon vaikuttavuutta ensimmäisen vuoden osteopatiaopiskelijoiden kokemiin uupumisen, stressin ja masennuksen oireisiin. Tutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, joka toteutettiin Floridassa. Tutkimukseen osallistui 28 koehenkilöä, jotka olivat 21-29-vuotiaita. Heistä 13 oli naisia ja 15 miehiä. Tutkimuksen alussa kahdeksan koehenkilöä raportoivat olevansa uupuneita, yksitoista lievästi tai keskinkertaisesti masentuneita ja yksitoista stressaantunutta. Koehenkilöt jaettiin kontrolliryhmään (9), kohdistettuun OMT-ryhmään (10) (D-OMT) ja ei-kohdistettuun OMT-ryhmään (9) (ND-OMT). D-OMT ja ND-OMT ryhmiin kuuluvat henkilöt saivat neljä, kahdenkymmenen minuutin, osteopaattista hoitoa peräkkäisinä viikkoina. Hoidon jälkeen koehenkilöiden tuli maata selinmaalla kymmenen minuutin ajan. Kontrolliryhmän koehenkilöt eivät saaneet osteopaattista hoitoa tutkimuksen aikana. (Wiegand, ym. 2015.)

Tutkimuksessa koehenkilöille tehtiin neljä minuuttia rib raising-tekniikkaa, kolme minuuttia anteriorisen servikaalifaskian vapauttamistekniikkaa, seitsemän minuuttia sternocleidomas-

toideus-lihaksen (SCM) inhibitiota ja kolme minuuttia OA- nivelen vapautustekniikkaa. Tekniikat tehtiin bilateraalisesti. (Wiegand, ym. 2015.)

Tutkimustulosten mittausvälineenä käytettiin Epworth Sleepiness Scale- (ESS), Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) depression scale- ja Self-Perceived Stress Scale- (SPSS) kyselylomakkeita, jotka kaikki koehenkilöt täyttivät ennen tutkimusta, tutkimuksen toisella viikolla ja tutkimuksen jälkeen. (Wiegand, ym. 2015.)

Tutkimustulosten analyysissä tutkimuksen jälkeen SPSS- ja PHQ-9- kyselylomakkeissa ei ilmennyt tilastollisesti merkittäviä tuloksia yhdenkään ryhmän osalta. ESS- lomakkeen analyysi puolestaan osoitti tilastollisesti merkittävää laskua D-OMT ryhmäläisten tuloksissa verrattaessa tutkimuksen alku- ja lopputilannetta. Tutkimustulosten mukaan on mahdollista, että osteopaattisella hoidolla on suotuista vaikutus opiskelijoiden kokemuksiin uupumisen oireisiin, mutta masennuksen oireissa ei tutkimuksessa ilmennyt merkittäviä muutoksia verrattaessa alku- ja lopputilannetta. (Wiegand, ym. 2015.)

6.4 Tutkimus D

Italiassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin osteopaattisen hoidon vaikuttavuutta korkeafrekvenssiseen migreeniin ja siihen liittyviin mielialahäiriöihin. Osteopaattista hoitoa annettiin 11 potilaalle, joilla oli kuukaudessa $>8 - <15$ migreenikohtausta. Osteopaattisen hoidon suoritti sama osteopaatti. Hoitajaksoon kuului neljä, 45 minuutin osteopaattista hoitoa 8 viikon aikajaksolla. Tekniikoina käytettiin myofaskiaalisia käsittelyitä, BLT:tä sekä kraniaaliosteopatiaa. Osteopaattisen hoidon mittareina toimivat kudosuutos ja -vaihtelu, asymmetria, liikelaajuus sekä arkuus. (D'ippolito, ym. 2017.)

Migreenikohtausten määrä kuukaudessa laski osteopaattisen hoitajakson jälkeen, mutta määrä jäi kaikilla kuitenkin samaan kategoriaan kuin ennen hoitoja ($>8 - <15$ päivää kuukaudessa). Tulos ei siis ollut kliinisesti merkittävä.

Tutkimuksessa huomattiin, että migreenistä kärsivien potilaiden oireet vähenivät osteopaattisen hoitajakson jälkeen. Otanta oli kuitenkin hyvin pieni ja sen vuoksi ei voitu osoittaa selkeää yhteyttä osteopaattisen hoidon ja määrällisesti vähenevien migreenikohtausten välille.

Ahdistuneisuus puolestaan väheni osteopaattisen hoitajakson jälkeen jonkin verran. Tutkimus oli retrospektiivinen ja ei-satunnaistettu, joka vähentää sen luotettavuutta. Pieni otanta

ja kontrolliryhmän puuttuminen ovat muita luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tutkijoiden johtopäätökset olivat, että tulokset tukivat heidän hypoteesiaan, jossa osteopaattisesta hoidosta olisi vaikutusta kipuun ja mielialahäiriöihin korkeafrekvenssisestä migreenistä kärsivillä potilailla. Tärkeää heidän mielestään oli huomata parannus psykologisissa tekijöissä, joka tunnetusti osaltaan vaikuttaa myös kipuun. (D'ippolito, ym. 2017.)

7 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen aineistosta esiin nousi tiettyjä kehon alueita joille masentuneiden kokemat somaattiset oireet yleisesti ottaen paikallistuvat. Näitä olivat: pää, kaularanka ja abdominaalialue, tarkemmin sanottuna ruuansulatuselimistö.

Masennus ja ahdistuneisuus yhdistetään muutamiin kroonisiin fyysisiin sairauksiin joita ovat ruoansulatuselimistön sairaudet, sydänsairaudet ja hengityselimistön sairaudet (Abdulbari – Elnour 2011: 408). Myös rinta- ja vatsanalueen kivut ja epämiellyttävät tuntemukset ovat yleisiä masentuneilla. Vegetatiiviset oireet kuuluvat myös masennuksen oireisiin. Yleisimmät näistä ovat uni-, ruokahalu- sekä ruuansulatuselimistön häiriöt, mutta myös lukuisia muita vegetatiivisia häiriöitä voi esiintyä. (Kapfhammer 2006.) Myös masentuneiden maksan motiliteetti saattaa olla häiriintynyt (Wharton 2004).

Osteopatialla on Tutkimus A:n mukaan mahdollisuus hoitaa masennusta viskeraaliosteopatian keinoin. Viskeraaliosteopatialla saatiin merkittäviä tuloksia masennusoireiden vähenemisessä. Osteopaattisilla viskeratekniikoilla ajatellaan vaikutettavan hormonieritysjärjestelmään sekä serotoniinin tuotantoon, joilla on vaikutusta mielialaan. Vaikutusta saatiin myös HPA-akselin toimintaan, jolloin vagushermon tonuksessa nähtiin muutosta. Tällä on nähtävästi myös yhteys masennusoireiden lievittämiseen. (Wharton 2004; Müller, ym. 2014.)

Tutkimus B:n mukaan osteopatialla näyttäisi olevan mahdollisuuksia myös muun hoidon ohella. Hoito tehtiin tutkimuksessa yksilöllisesti tilanteen ja löydösten mukaan. (Plotkin, ym. 2001.) Tutkimus C:ssä uupumuksen, stressin ja masennuksen hoidossa osteopatiasta ei ollut hyötyä (Wiegand, ym. 2015).

Tutkimuksessa D, migreenin yhteydessä esiintyviä mielialahäiriöitä oli hoidettu osteopatian keinoin. Tutkimuksen päätavoitteena oli kuitenkin vähentää migreenin aiheuttamaa kipua. Osteopatiasta ei saatu kliinisesti merkittävää apua migreeniin, joskin oireet sekä myös ahdistuneisuus väheni osteopaattisen hoidon jälkeen. Tutkimuksen luotettavuusastetta arvioitaessa, se ei vaikuta kovinkaan suurelta, mutta tutkimusryhmän mukaan osteopaattisesta hoidosta voisi olla hyötyä kipuun sekä mielialahäiriöihin. Tutkijat olivat sitä mieltä, että vaikutus psykologisiin tekijöihin oli tärkeä huomata. (D'Ippolito, ym. 2017.) Tutkimusasetelma ei ollut suoraan tutkimuskysymyksiimme vastaava, mutta tulkitsimme tulokset niin, että osteopatialla on mahdollisuus hoitaa kipua ja sen kautta myös vaikuttaa mielialaan.

Tutkimus A:ssa käytetyt tekniikat olivat muun muassa viskeratekniikoita, faskiaalisia tekniikoita ja kranaalitekniikoita. Viskeraalisessa lähestymistavassa käytettiin pinnallista ja syvää vatsanalueen palpaatiota. Palpaation tarkoituksena oli tutustuttaa terapeutin kädet potilaa-

seen sekä luonnollisesti myös tutkia. Tutkimus kohdistui vatsanalueen elimiin, etsien mahdollisia patologioita, jotka voisivat aiheuttaa lihasten jännittyneisyyttä. Tutkimuksessa käytetyt tekniikat olivat ohutsuolen mobilisointi, paksusuolen mobilisointi, iliokekaalikulman (IC-kulma) mobilisointi, sigmasuolen mobilisointi, pallean inhibiointi, maksan palpaatio, ja maksapumppu. (Wharton 2004: 36-38.)

Tutkimus D:ssä tekniikoina käytettiin myofaskiaalisia tekniikoita, BLT:tä sekä kraniaaliosteopatiaa (D'Ippolito, ym. 2017).

Tutkimuksessa B käytössä oli lukuisia erilaisia tekniikoita. Hoidoissa käytettiin counterstrain tekniikoita, kraniaalitekniikoita, suorita- ja epäsuoria tekniikoita, faskiatekniikoita sekä Galbreath - tekniikkaa. Lisäksi tutkittavia hoidettiin myös inhibiotekniikoilla, lymfaattisilla pumpaus tekniikoilla, MET:llä, myofaskiaalisilla tekniikoilla, positional release- tekniikalla ja mandibular drainage- sekä exaggeration- tekniikalla. (Plotkin, ym. 2001.)

Tutkimus C:ssä, jossa hoidettiin uupumuksen, stressin ja masennuksen oireita, koehenkilöille tehtiin neljä minuuttia rib raising tekniikkaa, kolme minuuttia anteriorisen servikaalifaskian tekniikkaa, seitsemän minuuttia sternocleidomastoideus-lihaksen (SCM) inhibiointia ja kolme minuuttia OA- nivelen vapautustekniikkaa. Tekniikat tehtiin bilateraalisesti. (Wiegand, ym. 2015.)

Kirjallisuuskatsauksen esiin nostamat tekniikat ovat koottu taulukkoon 4.

Taulukko 4. Tutkimuksissa käytetyt osteopaattiset tekniikat

Lähestymistapa	Tekniikka
Viskeraalitekniikat	Ohutsuolen mobilisointi Paksusuolen mobilisointi IC-kulman mobilisointi Sigmasuolen mobilisointi Pallean inhibiointi Maksapumppu
Kraniaalitekniikat	BLT OA-nivelen käsittely
Pehmytkudostekniikat	Myofaskiaaliset tekniikat Counterstrain SCM inhibiointi MET Inhibiointi
Faskiatekniikat	Faskiaalinen release - tekniikat Anterior cervical fascia - release
Nestekierron tekniikat	Mandibular drainage Galbreath - tekniikka
Sympaattisen hermoston tekniikat	Rib raising

Kirjallisuuskatsauksessa esitellyt tutkimukset olivat kaikki hyvin pieniotantaisia, joka vaikuttaa suuresti niiden luotettavuuteen. Lisäksi mittareina on toiminut hoitavan osteopaatin palpaatio sekä erilaiset kaavakkeet, joita tutkittavat ovat täyttäneet. Tulosten mittaaminen on siis hyvin pitkälti perustunut tutkimuksiin osallistuneiden ihmisten henkilökohtaiseen arviointiin ja tulkinnaan. Osteopatian saralla tehdyt tutkimukset ovat aina haastavia, sillä alalla ei ole yleisesti käytettyjä hoitoprotokollia vaan hoidot tehdään aina löydösten mukaan. Tämä koskee luonnollisestikin masentuneiden hoitoa yhtä lailla kuin muista oireista kärsiviä asiakkaita. Masennus omalta osaltaan on myös hyvin subjektiivinen kokemus, jonka vakavuusastetta tai tilaa on hankala mitata. Tämän vuoksi myös kaikki masennukseen liittyvä tutkimus on haastavaa toteuttaa.

8 Haastattelujen tulokset

8.1 Huomioon otettavia asioita masentunutta hoidettaessa

Tärkeimmät huomioon otettavat asiat masentunutta hoidettaessa liittyivät haastateltujen osteopaattien mukaan vuorovaikutukseen sekä asiakkaan kokonaistilanteeseen, huomioiden niin elämäntavat kuin fysiologisetkin toiminnot.

Vuorovaikutukseen liittyvät asiat jakautuivat karkeasti osteopaatin omaan kommunikointitapaan sekä asiakkaan kohtaamiseen liittyviin seikkoihin. Asiakas tulisi kaikkien haastateltujen osteopaattien mukaan kohdata yksilönä. Esille nousi myös asiakkaan näkeminen kokonaisuutena ja yhteyden löytäminen. Masentuneen asiakkaan kommunikointivalmius tulisi ottaa huomioon. Kommunikoinnissa on tärkeää kuunnella ja antaa tarpeeksi aikaa ja tilaa asiakkaalle ilmaista itseään. Keskustelun tulisi olla motivoivaa ja voimaannuttavaa, mutta kuitenkin jättää tilaa asiakkaan omalle oivaltamiselle. Vuorovaikutuksessa osteopaatin olisi hyvä pyrkiä pitämään neutraali olemus ja asettaa hoitosuhteessa myös rajoja, esimerkiksi kertomalla, mitä kaikkea on mahdollista hoitaa osteopatian keinoin.

“Ajan antaminen siihen hoitotilanteeseen.”

Lähes kaikki haastattelemamme osteopaatit olivat sitä mieltä, että muu hoito, kuten lääkitys ja psykoterapia tulisi myös huomioida osteopaatin vastaanotolla. Myös ympäristön vaikutus masentuneen ihmisen elämään koettiin tärkeänä. Ympäristöön lukeutuu kaikki ihmisen elämässä tapahtuva, kuten työ, harrastukset, terveydentila, perhe jne. Elämäntapoihin lukeutuvat puolestaan uni, liikunta sekä ruokavalio.

“Mä kannustaisin ehdottomasti menemään terapiaan kohtaamaan ne tunteet.”

On myös otettava huomioon fysiologiset muutokset, joita masennus aiheuttaa. Kyseessä voi olla mahdollisesti tulehdustila tai kemiallinen epätasapaino. Autonomisen hermoston rooli on hyvä muistaa. Osteopaatti C koki erityisen tärkeäksi löytää terveyttä masentuneen ihmisen kehosta ja keskittyä positiivisiin asioihin.

“Tuettaisiin sitä positiivista kehonkuvaa ja sitä terveyttä, niinkun osteopaattisessa ajattelussa yleensä tehdäänkin.”

8.2 Masennuksen somaattiset ilmentymät

Kaikki haastattelemamme osteopaatit painottivat masentuneilla esiintyvien somaattisten vaivojen olevan yksilöllisiä, riippuen asiakkaasta. Esille nousseet asiat voitaisiin jakaa karkeasti kolmeen luokkaan; hermostolliset ongelmat, tuki- ja liikuntaelinperäiset vaivat sekä nestekierron häiriöt.

Masentuneen hermoston toiminnassa tapahtuneet muutokset nähtiin merkittävänä tekijänä monien somaattisten vaivojen ilmenemisessä. Erityisesti autonominen hermosto, sympaattinen (SNS) ja parasympaattinen järjestelmä (PNS) ja niiden toiminnan epätasapaino mainittiin useaan kertaan eri haastateltavien toimesta. Haastateltavat nimesivät autonomisen hermoston epätasapainosta johtuvia somaattisia vaivoja, joita olivat: rintarangassa tapahtuvat muutokset; lisääntynyt aktiivisuus, joka ilmenee jäykkyytenä tai passiivisuus, joka puolestaan ilmenee löysyytenä sekä kallonpohjassa esiintyvä jännittyneisyys (PNS, vagus), univaikeudet, iho-ongelmat ja vatsaoireet. Osteopaatti C:n kokemuksen mukaan masentuneen asiakkaan stressireaktio voi olla niin voimakas, että SNS yliaktiivisuus on ikään kuin mennyt yli, jonka johdosta keho ei olekaan enää ylikierroksilla vaan ennemminkin lamaantuneena. Hänen mukaansa PNS on tällöin vallalla ja SNS ei pääse sytyttämään kehoa.

Pallean toimintahäiriöt masennuksessa mainittiin useamman haastateltavan toimesta. Osteopaatti B:n näkemys asiasta oli, että tunteet ja henkiset asiat vaikuttavat hengitykseen ja sitä kautta pallean toimintaan. Osteopaatti A mainitsi palleaan yhteydessä olevien alueiden kuten TL-välin, pallean takajuuren ja sitä kautta lannerangan olevan merkittäviä alueita somaattisten vaivojen paikallistamisessa. Myös Osteopaatti B mainitsi lannerangassa esiintyvistä somaattisista vaivoista, mutta totesi lopuksi että: *“kenelläpä niitä ei olisi.”*

Niskan alue, siellä erityisesti yläniska nähtiin merkittävänä alueena masentuneen somaattisten vaivojen kannalta. Osteopaatti B kertoi niskan olevan usein herkkä ja hänen mukaansa varsinkin yläniskassa, jossa atlas ja occiput ovat merkittävässä roolissa, saattaa ilmetä pahojakin toimintahäiriöitä ja leesioita.

Kehon nestekierrossa tapahtuvat häiriöt mainittiin myös omana luokkanaan. Osteopaatti A oli sitä mieltä, että varsinkin nestekierto päästä pois ja päähän olisi hyvä huomioida masentunutta hoidettaessa. Hänen mukaansa heikentynyt lymfakierto voi aiheuttaa aineenvaihduntatuotteiden jäämisen keskushermostoon, joka saattaa johtaa väsymysoireyhtymään ja josta

voi seurata kognitiivisia häiriöitä kuten aivosumua ja muistihäiriöitä. Näitä oireita esiintyy tunnetusti myös masentuneilla.

Kraniaaliosteopatia mainittiin haastattelujen aikana usean haastateltavan toimesta. Tämän kysymyksen alla Osteopaatti C mainitsi synnytyksen jälkeiseen masennukseen yhteydessä olevan, joskus voimakkaankin leesio tentoriumin alueella. Osteopaatti A puhui kraniaalirytmistä diagnostisena välineenä. Sitä tulkitsemalla on mahdollista saada kuvaa kehon elinvoimaisuudesta. Myös kudostuntuma mainittiin diagnostisena välineenä, johon lääkityksellä voi mahdollisesti olla vaikutusta. Osteopaatti C:n mukaan masennuslääkitys voi hidastaa kehon mekanismien toimintaa ja tuntua kehossa siltä, että systeemit ikään kuin sulkeutuisi ja keho olisi unitilassa. Hän kuvaili masentuneen kehossa vallitsevaa kudostuntumaa näin: *”Iöysä, tahmea ja voimaton, ei kudostuntevyyttä samalla tavalla kuin normaalissa kehossa.”*

8.3 Masennuksen hoitoon käytetyt osteopaattiset tekniikat

Osteopatialla pyritään hoitamaan yksilöllisesti löydösten mukaan myös masennusta sairastavaa asiakasta. Kaikki haastattelemamme osteopaatit suosivat lempeitä tekniikoita masentuneita hoitaessaan. Haastatteluissa esille tulleita lähestymistapoja olivat kraniaalitekniikat, nestekierto on vaikuttavat tekniikat, biodynaaminen lähestymistapa, sympaattisen hermoston rauhoittaminen, niskan ja sacrumin alueiden hoitaminen sekä palleoiden käsittely.

Sekä osteopaatti B, että osteopaatti C mainitsivat rib raising-tekniikat, ja pitivät niitä hyvinkin tärkeinä masennuksen hoidossa. Osteopaatti B puhui sympaattisten ganglioiden hoitamisesta processus xiphoideuksen inferioripuolelta. Hänen kokemuksensa mukaan näiden inhiboinnista on hyötyä, mutta ganglioiden alueella on usein paljon jännityksiä ja ne voivat olla hyvinkin herkkiä.

Osteopaatti B koki rintalastan alueen hoidon merkittäväksi, koska sitä pidetään tunnealueen keskuksena. Alueeseen liittyy paljon fysiologista toimintaa. Ryhti on masentuneella usein lysähtänyt ja hengittäminenkin on heikohkoa, joten rintalastan hoidolla on paljonkin vaikutusta. Hän suositteli sternal lift-tekniikkaa tämän alueen hoitamiseen. Sternal liftillä saadaan vaikutus kaulan etupuolen kudoksiin ja lihaksiin ja sitä kautta inhiboitua kaulan isoja sympaattisia ganglioita. Tämän kautta saadaan myös stimuloitua aivoissa sijaitsevaa käpyrauhasta, jonka vaikutuksesta melatoniinin säätely tehostuu ja nukkuminen paranee. Osteopaatti C kertoi käyttävänsä lähinnä oskillaatiotekniikoita hermoston rauhoittamiseksi. Osteopaatti

B mainitsi myös occipitomastoid-suturan hoitamisen V-spread tekniikalla, jolla pyritään vaikuttamaan vaguksen toimintaan.

“No tietysti ensin mä ajattelen, jos lähetään hoitamaan sympaattista hermostoa, niin kyllähän sillon ihan ykkösenä tulee mieleen, jos puhutaan tekniikoista, niin tuollainen rib raising.”

Niskan alue nousi useamman kerran esille haastatteluissa. Osteopaatit pitivät erityisesti yläniskaa merkityksellisenä alueena masentuneita hoidettaessa. Osteopaatti B suositteli OA, AA- ja C2-3 välien hoitamista lempein tekniikoin ja välttämään HVLA-tekniikoita. Osteopaatti C piti kallonpohjaa merkityksellisenä alueena unen kannalta, ja sen takia yläniskan käsittely on hyvinkin tärkeää.

“Jos tekee liian voimakkaita hoitoja, niin voi tulla voimakkaita hoitoreaktioita.”

Kolme haastattelemistamme osteopaateista kertoivat käyttävänsä kraniaalitekniikoita masentuneiden asiakkaiden hoitamisessa. Osteopaatti B kertoi käyttävänsä EV3 tekniikkaa, jolla saadaan rauhoitettua kolmannen ventrikkelin aluetta. Hänen mukaansa kolmannessa ventrikkelissä on usein kova turbulenssi mielialahäiriöiden yhteydessä. Hän käyttää myös V-spread tekniikkaa OM-suturan hoidossa, kuten edellä jo mainitsimmekin. Osteopaatti B hoitaa masentuneilla ethmoidalen aluetta, sillä siitä on suora yhteys hajushermon kautta aivoihin ja limbiseen järjestelmään. Myös Osteopaatti C pitää kolmannen ventrikkelin hoitoa merkityksellisenä masennusta sairastavan hoidossa. Hän puhuu myös tentoriumin alueesta synnyttäneillä naisilla ja sen hoitamisen vaikutuksista, jotka voivat olla hyvinkin merkittäviä synnytyksen jälkeisessä masennuksessa. Osteopaatti A mainitsee kraniaalitekniikat omana ryhmänään, tarkentamatta sen kummemmin asiaa.

“Kraniaalitekniikoita mä käyttäisin ite”

Nestekiertoon vaikuttavat tekniikat nousivat esiin osteopaatti A:n ja C:n mainitsemina. Osteopaatti A piti lymfakierron sujuvuutta tärkeänä ja mainitsee lymfahieronnan tekniikkana. Osteopaatti C käyttää oskillaatiotekniikoita, joilla haetaan kudoksiin aineenvaihduntaa ja saadaan nestekierto toimimaan paremmin.

Pallean hoito lempein tekniikoin mainitaan haastatteluissa moneen otteeseen. Osteopaatti C puhuu vielä erikseen ylimenoalueiden tasapainottamisesta, jotta pallea, lantionpohja, yläaukeama ja ylänsiska toimisivat optimaalisesti.

Osteopaatti B ja osteopaatti C käyttävät hoidoissaan biodynaamista lähestymistapaa. Masentunutta hoidettaessa pyritään tuomaan kehon eri tasot ja kudokset neutraaliin. Masentuneilla kraniaalimekanismit eivät välttämättä pääse ilmentymään normaaliin tapaan ja silloin on erityisen tärkeää saada kehon tasot toimimaan optimaalisesti. Masentuneilla saattaa myös esiintyä sytytysjärjestelmän ongelmia, joihin liittyvät lantionpohja, TL-väli, sydän sekä kolmas ventrikkeli. Näitä alueita kannattaisi osteopaatti C:n mukaan hoitaa.

Haastatteluissa tuli esille myös sacrumin hoito. Osteopaatti B kertoi Sutherlandin jo puhuneen, että synnytyksen jälkeisessä masennuksessa sacrum on tavallaan tipahtanut ja puhutaan niin sanotusta roikkuvasta sacrumista. Myös rangan mobilisointi ja artikulointi mainittiin.

8.4 Osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa

Osteopatian rooli masennuksen hoidossa nähtiin haastateltavien mukaan ennen kaikkea erittäin hyvänä tukihoidona muun hoidon, kuten lääkityksen ja terapian ohella. Parhaassa tapauksessa osteopatialla voidaan tukea masentuneen paranemista niin, että masennuksesta päästään kokonaan eroon.

“Äärimmäisen hyvä sivuhoito kaiken muun ohella.”

Hermoston toiminnan tukeminen osteopatian avulla nousi esiin myös tämän kysymyksen yhteydessä. Osteopaatti B mainitsee A.T Stillin puhuneen aikoinaan siitä kuinka faskiat ovat ikään kuin aivojen haarakonttori, joka tarkoittaa sitä, että käsittelemällä faskioita on mahdollista saada voimakkaita hermostollisia vaikutuksia. Lisäksi hän mainitsee tässä yhteydessä myös siitä, että kehossa on paljon sensorista informaatiota. Osteopaatti D sanoo, että masennuspotilas hyötyy koskettamisesta ylipäättäen.

Osteopatia koettiin hyväksi hoitokeinoksi masentuneen kokeman kivun hoitamisessa. On hyvin järkeen käyvä, että kun kivun astetta saadaan pienennettyä, on sillä suora vaikutus ihmisen mielialaan.

Osteopatian vaikutus nestekierrollisiin häiriöihin mainittiin jo aiemmassa kysymyksessä. Osteopaatti A ja B toivat tämän seikan esiin myös tämän kysymyksen yhteydessä. Lisäämällä lymfaattista kiertoa, verenkiertoa ja aivoselkäydinnesteen kiertoa, aineenvaihdunta tehostuu. Tämä auttaa aineenvaihduntajätteiden poiskuljettamisessa kudoksesta ja tulehduksen vähentämisessä.

Osteopaatin tehtävään kuuluu Osteopaatti A:n mukaan myös itsehoidollisten ohjeiden kuten hengityksen tarkkailun ja yksinkertaisten kehonhuoltoliikkeiden ohjaaminen. Näiden avulla osteopaatti voi auttaa masentuneen kehotietoisuuden lisääntymistä ja sitä kautta läsnäolon ja hetkessä elämisen kykyä. Hän koki myös, että osteopaatti voi antaa asiakkaalleen pieniä elämänhallintaan liittyviä vinkkejä ja hoitosuhteeseen voi kuulua elämänskatsomuksellisen filosofian läpikäymistä, pikkuhiljaa sen mukaan, miten paljon asiakas on valmis vastaanottamaan.

Osteopatiolla aktivoidaan kehon itseparanemismekanismia. Osteopaatti C mainitsi tässä yhteydessä, että osteopatiolla on mahdollista poistaa esteitä, jotka haittaavat paranemismekanismien optimaalista toimintaa. Näin kehon oma itseparanemismekanismi saadaan mukaan hoitokokonaisuuteen. Joskus osteopatia voi olla se avainelementti, jolla paraneminen saadaan käyntiin.

Osteopaatti A, B ja C olivat sitä mieltä, että osteopatia soveltuu masennuksen hoitoon, sillä siinä otetaan huomioon ihminen kokonaisuutena; keho, mieli ja sielu. Masennukseen voi olla monta eri syytä ja aiheuttaja voi olla kehossa. Prosessia tulisi tukea monesta eri suunnasta. Osteopaatti C pitää siitä, että osteopatiassa on mahdollista purkaa kehoon jääneitä tunnetiloja ilman, että ihmisen on koettava niitä uudestaan.

“Ei ole mahdollista hoitaa pelkkää mieltä, pelkkää kehoa tai sielua.”

“Body, mind and spirit are interrelated.”

Osteopaatti D oli sitä mieltä, että masennusta ei hoideta osteopatian keinoin, sillä masennus on psykologinen ongelma. Osteopaatti A koki, että osteopatiolla on mahdollisuuksia masennuksen hoidossa muun muassa kivun hoitamisen kautta. Hoito voi antaa miellyttävän tuntuista kokemusta, jonka avulla masentunut voi kokea edes hetkellisen hyvän olon tunteen, joka voi antaa jaksamista ja ymmärrystä siitä, että negatiiviset tunteet eivät ole pysyviä. Osteopaatti B:n ja C:n mielipide asiasta oli, että osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidos-

sa voivat olla jopa rajattomat. Osteopaatti C toi myös esiin sen, että osteopaattisten teknikoiden suhteen vain taivas on rajana.

“Et mun mielest niinku mahdollisuudet on äärimmäisen suuret, jopa rajattomat.”

“Nehän on ihan rajattomat.”

9 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kuvata osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Työn tarkoitus oli ammattikunnan osaamisen syventäminen lisäämällä osteopaattien tietoisuutta käsittelemästämme aiheesta.

Opinnäytetyössä kokosimme kirjallisuuskatsauksen muodossa tutkittua tietoa masennuksen hoidosta osteopaattisin keinoin. Kirjallisuuden lisäksi käytimme tietolähteenä kentällä toimivia osteopaatteja, joita haastattelimme. Kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastattelujen tuloksia tarkastellessamme, huomasimme joitakin yhteneväisyyksiä niiden tuottaman tiedon välillä. Selkeä yhteneväisyys oli se, että psykologisilla tekijöillä on vahva yhteys somaattisiin oireisiin. Somaattisten vaivojen paikallistumisen kannalta yhteneväisyyksiä löytyi kaularangan, vatsaoireiden ja kallon alueen dysfunktioiden osalta. Myös ruokahaluun ja uneen liittyvät muutokset sekä kroonisen kivun yhteys masennukseen mainittiin niin kirjallisuuskatsauksessa kuin haastatteluiden yhteydessäkin. Lisäksi vagushermon toiminnan yhteys masennuksen oireisiin nostettiin esiin haastateltavien toimesta ja kirjallisuudessa. Kranaalirytmisissä tapahtuvat muutokset, erityisesti kranaalirytmien alentuminen, voivat molempien aineistojen mukaan toimia masennuksen diagnostisena välineenä. Masennuksen hoidossa käytetyt osteopaattiset tekniikat, jotka nousivat esiin molemmissa aineistoissa, olivat kranaalitekniikat, epäsuorat tekniikat, faskiaan kohdistuvat tekniikat ja pehmytkudostekniikat sekä nestekierto- on vaikuttavat tekniikat. Ainoa yksittäinen tekniikka, joka mainittiin haastatteluissa sekä kirjallisuuskatsauksessa, oli rib raising- tekniikka.

Kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastatteluiden avulla saadun tiedon välillä oli myös eroavaisuuksia. Haastattelujen avulla saatu kokemustieto oli spesifimpää mitä tulee osteopaattisiin tekniikoihin ja anatomisiin alueisiin masentuneiden hoidossa. Kokemustiedon luotettavuutta lisää se, että haastateltavilla on vankka kokemus alalta. Osa heistä on ollut alalla yli kaksikymmentä vuotta. Tämän lisäksi yksi haastateltavista kertoi hoitaneensa paljonkin masennusta sairastavia henkilöitä. Toki on muistettava, että haastattelujen avulla saatu tieto perustuu henkilökohtaisiin kokemuksiin ja näkemyksiin. Tämä näkyy muun muassa siten, että haastateltavilla oli eroavat mielipiteet mitä tulee osteopatian mahdollisuuksiin masennuksen hoidossa. Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että masennusta ei voida hoitaa osteopaattisin keinoin. Ajattelimme tämän johtuvan mahdollisesti osteopaattisiin lähestymistapoihin liittyvistä asioista. Ymmärryksemme mukaan tietyissä lähestymistavoissa painotus on enemmän vaivan psykologisten tekijöiden huomioisessa.

Opinnäytetyömme on muodoltaan kirjallisuuskatsaus, joten emme tarvinneet tutkimuslupaa sen toteuttamiseen. Emme puuttuneet haastatteluissa yksittäisen henkilön koskemattomuuteen, joten eettistä ennakoarviota emme myöskään tarvinneet. (Valtonen 2016.) Haastatteluihin osallistuneet osteopaatit antoivat suostumuksen osallistumisestaan työhömmme suostumuslomakkeen avulla, jonka annoimme heille tiedotteineen. Näin saimme varmistuksen sille, että haastateltavat olivat tietoisia mistä on kyse. (Harra – Valtonen 2016).

Opinnäytetyöprosessissa on myös monia tutkimuseettisiä näkökulmia. Yksi näistä on työn tarpeellisuuden perusteleminen. Opinnäytetyömme osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa, tuo uusia näkökulmia masennuksen hoitoon. Kuten olemme työssämme tuoneet esiin, on masennus monimutkainen sairaus, johon tämänhetkisen tiedon valossa tehoaa parhaiten erilaisten hoitomuotojen yhdistäminen. Masennuksen hoidon tulisi olla yksilöllistä ja mikä olisikaan parempi hoitomuoto kuin osteopatia, kun puhutaan hoidon yksilöllistämisestä. Mitä työmme aineistonkeruu menetelmiin tulee, valitsimme käyttävämme työssämme systemaattisen tiedonhaun lisäksi asiantuntijoiden luomaa niin sanottua hiljaista tietoa, joka perustuu pitkälti heidän henkilökohtaiseen kokemukseen. Koemme, että saimme tavoitellun tiedon juurikin näitä menetelmiä käyttäen. Näemme asiantuntijoiden näkemyksen arvokkaana ja sen jakamisen hyödyllisenä ammattikunnalle. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2009: 23.)

Opinnäytetyömme pätevyyttä olemme arvioineet koko prosessin ajan. Työ on tehty perusteellisesti, pyrkien välttämään virheellisiä päätelmiä. Virheellisten päätelmien syntymistä olemme vältäneet arvioimalla aineistossamme käytettyjä tutkimuksia varmistamalla, että ne vastaavat tutkimuskysymykseemme. Haastattelujen sisällönanalyysissä käytimme aineistolähtöistä menetelmää, jolla pyrimme nostamaan tulokset suoraan aineistosta, antamatta omien ennako-oletustemme näkyä liikaa analyysissä. Haastattelukysymykset valitsimme kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja esitimme samat kysymykset kaikille haastattelemillemme osteopaateille. Kysymysten asettelu vaikuttaa työn luotettavuuteen ja pyrimmekin muotoilemaan kysymykset hyvin neutraaleiksi ja johdattelemattomiksi. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2009: 24-26; Eskola – Suoranta 1998: 152-153.) Pohdimme työn edetessä valitsemiamme menetelmiä ja pyrimme arvioimaan omaa työskentelyämme. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2009: 27.) Haastattelujen yhteydessä kävimme keskustelua niiden toteuttamismuodosta, josta olimme alkuun osittain eri mieltä. Päädyimme yksilöhaastatteluihin aikatauluhaasteiden takia. Ryhmähaastattelun etuna olisi ollut se, että useat asiantuntijat olisivat yhdessä tuottaneet tietoa ja keskustelun kautta perustelleet omia näkökantojaan, joka olisi voinut tehdä haastatteluilla keräämästämme aineistosta hieman luotettavampaa. Yksilöhaastatteluista saimme kuitenkin loppujen lopuksi paljon arvokasta tietoa, joka olisi ryhmähaastat-

telun muodossa saattanut jäädä hieman suppeaksi. Yksilöhaastatteluiden etuna oli myös se, että jokaisen mielipide tuli tasavertaisesti kuulluksi.

Kuten työn tuloksista käy ilmi, osteopatialla voi olla mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Mahdollisuudet painottuvat lähinnä osteopatian filosofiaan liittyviin seikkoihin kuten siihen, että sairauden syntyyn ja ylläpitäviin tekijöihin vaikuttavat keho, mieli ja sielu. Osteopaattisessa hoidossa huomioidaan tämä periaate. Lisäksi osteopaatin ja asiakkaan välisellä yhteydellä voi olla voimaannuttava vaikutus masentuneen paranemiseen. Osteopatialla on myös mahdollista hoitaa masennukseen yhteydessä olevia somaattisia vaivoja. Jotta osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa voitaisiin selvittää pidemmälle, on jatkotutkimuksentarve kuitenkin olemassa. Tarvittaisiin laajempiotantaisia tutkimuksia masentuneiden hoitamisesta osteopaattisesti, jotta aiheesta saataisiin luotettavaa tutkimustietoa ja pystyttäisiin siten lisäämään aiheen yleistä näkyvyyttä. Kehittämisehdotuksemme on, että osteopaatin koulutukseen lisättäisiin enemmän tietoa mielialahäiriöistä kärsivien asiakkaiden kohtaamisesta. Niiden suuren esiintyvyyden kannalta on hyvin todennäköistä, että mielialahäiriötä sairastava ihminen päätyy käyttämään osteopatia palveluja. Ohjeistusta voitaisiin antaa esimerkiksi vuorovaikutuksellisiin seikkoihin, hoidon tarpeen arviointiin ja muiden terveydenhuollonammattilaisten konsultoinnin tarpeeseen.

Tarkasteltaessa aihetta laajemmassa mittakaavassa oli innostavaa nähdä, että työprosessin aikana heinäkuussa 2017 julkaistiin ”Masennus”-teos, joka on tarkoitettu oppikirjaksi. Masennusta tarkastellaan teoksessa laaja-alaisesti ja se on suunnattu lääkäreille, sairaanhoitajille, muille terveydenhoitoalan ammattilaisille ja opiskelijoille sekä masentuneille. (Kampman – Heiskanen – Holi – Huttunen – Tuulari 2017.) Oppikirjassa luetellaan manuaalisia hoitomuotoja masennuksen hoitoon. Myös osteopatia mainitaan hoitomuotojen suosituslistalla. (Huttunen 2017.) Näyttää siis siltä, että myös muut tahot ovat huomioineet osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa.

10 Lähteet

Abdulbari, Bener - Elnour, E. Dafeeah, 2011. Impact of depression and anxiety disorders on gastrointestinal symptoms and its prevalence in the general population. Biomedical Research, Vol. 22

Blozik, Eva - Laptinskaya Daria - Herrmann-Lingen, Christoph - Schaeferi, Helene - Kochen, Michael M. - Himmel, Wolfgang - Scherer, Martin 2009. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. BMC Musculoskeletal Disorders 2009. 10:13.

Ching, Leslie M. 2014. The Still-Hildreth Sanatorium: A History and Chart Review. The Journal of the American Osteopathic Association, Vol 24.

D'Ippolito, Mariagrazia - Tramontano, Marco - Buzzi, Maria Gabriella 2017. Effects of Osteopathic Manipulative Therapy on Pain and Mood Disorders in Patients With High-Frequency Migraine. The Journal of the American Osteopathic Association, Vol 117.

Elbinoune, Imane – Amine, Bouchra – Shyen, Siham – Gueddari, Sanae – Abougal, Redouane – Hajjaj-Hassouni, Najia 2016. Chronic neck pain and anxiety-depression: prevalence and associated risk factors. Pan African Medical Journal.

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

Harra, Toini – Valtonen, Anu 2016. Alustus tiedotteen ja suostumuslomakkeen käyttöön. Verkkoluento. Metropolia AMK. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Huttunen, Matti 2015. Lääkkeen ja annoksen valinta. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00040>. Luettu 13.11.2017.

Huttunen, Matti 2017. Masennus: Keskusteluhoito ja psykoterapia masennuksen hoidossa. Terveysportti, Duodecim. Verkkoaineisto. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>. Luettu 18.11.2017.

Huttunen, Matti 2017. Masennus: Vaihtoehtohoidot ja niiden yleisyys masennuksen hoidossa. Terveysportti, Duodecim. Verkkoaineisto. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>. Luettu 18.11.2017.

Isometsä, Erkki - Leinonen, Esa 2017. Masennus: Lääkehoito ja muut biologiset hoidot. Terveysportti, Duodecim. Verkkoaineisto. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti>>. Luettu 13.11.2017.

Kaihovaara, Riikka 2014. 444 000 masentunutta kansalaista. Yle, Mot. Verkkodokumentti. <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/05/26/444-000-masentunutta-kansalaista>>.

Kampman, Olli – Heiskanen, Tarja – Holi, Matti – Huttunen, Matti – Tuulari, Jyrki 2017. Masennus. Verkkomateriaali. Kustannus Oy Duodecim. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>. Luettu 26.11.2017.

Kapfhammer, Hans-Peter 2006. Somatic symptoms in depression. Dialogues in Clinical Neuroscience. Vol 8. No. 2.

Kontunen, Jarmo 2017. Masennus: mitä psykoterapia on? Terveysportti, Duodecim. Verkkosivusto. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>. Luettu 18.11.2017.

Kopakkala, Aku 2015. Masennus: Suuri serotoniinihuijaus. Helsinki: Basam Books Oy.

Käypä hoito 2016. Suositukset: depressio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#K1>>. Luettu 8.9.17.

Lake, Alvin – Rains, Jeanette – Penzien, Donald – Lipchik, Gay 2005. Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical Context, Clinical Implications, and Research Relevance. Headache the Journal of Head and Face Pain.

Liem, Torsten 2009. Cranial Osteopathy. A practical textbook. English language edition. Eastland Press, Seattle.

Lombardini, Rita - Collebrusco, Luca 2016. Osteopathy and nutrition for managing the irritable bowel syndrome: Brief and Useful Guide. Universitas Studiorum.

Müller, Axel-Franke – Helge-Resch, Karl-Ludwig – Fryer, Gary 2014. Effectiveness of Osteopathic Manipulative Therapy for Managing Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: A systematic Review. The Journal of the American Osteopathic Association, Vol 11.

Plotkin, BJ - Rodos, JJ - Kappler, R - Schrage, M - Freydl, K - Hasegawa, S - Hennegan, E - Hilchie-Schmidt, C - Hines, D - Iwata, J - Mok, C - Raffaelli, D 2001. Adjunctive osteopathic manipulative treatment in women with depression: a pilot study. The Journal of the American Osteopathic Association 101 (9). 517-23.

Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniekka, Anna 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sammut, Emanuel – Searle-Barnes, Patrick 1998. Osteopathic Diagnosis. Stankey Thornes Ltd

Sampath, Kesava Kovanur - Roy, Dianne E. 2015. Management of mood disorders by osteopaths in New Zealand: A survey of current clinical practice. *International Journal of Osteopathic Medicine* Vol 18. 161-170.

Stolt, Minna - Axelin, Anna - Suhonen, Ritta 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto.

Mielenterveys 2015. Masennus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Päivitetty 9.7.2015. Saatavana osoitteessa: <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elamaraiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>>. Luettu 26.11.2017.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.

Turunen, Vesa 2017. Terve mieli on osa työkykyä. Uutisartikkeli. *Tehy-lehti*. <<https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/terve-mieli-osa-tyokyky>>. Luettu 26.11.2017.

Tylee, André - Gandhi, Paul 2005. The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. Physicians Postgraduate Press.

Valtonen, Anu 2016. Johdanto tutkimuslupiin. Verkkoluento. Metropolia AMK. Helsinki.

Wharton, Ruth 2004. The effects of visceral osteopathy on depression in women. *British College of Osteopathic Medicine*.

Wiegand, Sarah - Bianchi, William - Quinn, Thomas - Best, Mark - Fotopulos, Thomas 2015. Osteopathic Manipulative Treatment for Self-Reported Fatigue, Stress, and Depression in First-Year Osteopathic Medical Students. *The Journal of the American Osteopathic Association* 115. 84 - 93.

Woods, John M. – Woods, Rachel H, 1961. A physical finding related to psychiatric disorders. *The Journal of the American Osteopathic Association*, Vol. 60.

11 Liitteet

Tiedote haastattelusta osteopaatille

Arvoisa osteopaatti,

kutsumme Sinut mukaan osallistumaan masennusta sairastavan osteopaattisen hoidon kehittämiseen. Osallistumisesi haastattelun muodossa sekä näkökulmasi asiantuntijana ovat arvokkaita.

Haastattelun tarkoituksena on kartoittaa osteopatian mahdollisuuksia masennuksen hoidossa. Haastattelukysymykset toimitetaan osallistujalle etukäteen. Masentuneen osteopaattista hoitoa on tarkoitus kehittää osteopaattien haastattelujen ja kirjallisuuskatsauksen avulla. Haastattelut nauhoitetaan ja ne toimivat opinnäytetyön aineistona. Opinnäytetyön perusteella kirjoitamme artikkelin, jonka suuntaamme ammattikunnalle.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää sen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa ilman, että siitä koituu Sinulle mitään haittaa. Voit myös peruttaa suostumuksen osallistumiseen, jolloin luovuttamaasi tietoa ei käytetä enää kehittämistarkoituksessa.

Kaikki aineisto ja tulokset kerätään, tallennetaan ja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tulokset analysoidaan anonymisti, eikä yksittäinen osallistuja ole tunnistettavissa. Haastattelun tulokset julkaistaan siten, ettei yksittäinen osallistuja ole tunnistettavissa. Haastattelua koskevia tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle taholle. Niitä ei myöskään käytetä muuhun kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen. Kerätty aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen joulukuuhun 2017 mennessä.

Metropoliassa opinnäytetyön tekijänä ovat Laura Uotinen ja Nona Mankki. Opinnäytetyöohjaajina toimivat yliopettaja Pekka Paalasmaa sekä lehtori Kaisa Hartikainen.

Kiitämme Sinua suuresti osallistumisestasi opinnäytetyöhömmme.

Ystävällisin terveisin,
Laura Uotinen, osteopatiaopiskelija
Nona Mankki, osteopatiaopiskelija

Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa osteopatian opinnäytetyöstä Osteopatian mahdollisuudet täydentävänä hoitomuotona masennuksen hoidossa. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen kyseisen opinnäytetyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, sekä minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja aiheesta.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Ilmoitan mahdollisesta keskeytyksestä suullisesti tai kirjallisesti opinnäytetyön tekijöille, Laura Uotiselle ja Nona Mankille. Olen saanut heidän yhteystietonsa tätä varten.

Aika ja paikka

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Aika ja paikka

Laura Uotinen / opinnäytetyön tekijä

Aika ja paikka

Nona Mankki / opinnäytetyön tekijä

Suostumus kirjoitetaan kahtena kappaleen, toinen suostumuksen antajalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle eli opinnäytetyön tekijöille.

Asiantuntijahaastatteluiden runko

Puolistrukturoitu haastattelu

Haastattelun tarkoituksena on selvittää, millaisia asioita olisi hyvä huomioida hoitotilanteessa, kun asiakkaana on masennusta sairastava henkilö ja millaisia somaattisia oireita masennuksen yhteydessä asiantuntijoiden mukaan esiintyy. Lisäksi haluamme selvittää mitä tekniikoita osteopaatit käyttävät masentuneiden hoidossa ja mitä mahdollisuuksia osteopatialla on asiantuntijoiden mukaan masennuksen hoidossa.

1. Mitä asioita tulisi mielestäsi ottaa huomioon masentunutta hoidettaessa?
2. Mitä somaattisia vaivoja masennusta sairastavilla on Sinun kokemuksesi mukaan?
3. Mitä tekniikoita käytät masennuksen mahdollisesti aiheuttamiin somaattisiin oireisiin?
4. Mitä mahdollisuuksia osteopatialla on mielestäsi masennuksen hoidossa?

Aineiston analyysin alaluokat

Aineisto 1.

Mitä asioita tulisi ottaa huomioon masentunutta hoidettaessa?	
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Ihminen pitää ottaa huomioon Asiakkaan kommunikointivalmius Onko asia yleisesti kohdattu ja hoidettu Psykykepuolen huomioiminen Kohtaaminen Kokonaisuuden näkeminen Ympäristö: mitä asiakkaan elämässä tapahtuu sillä hetkellä	Yksilö kokonaisuutena
Sanoittaa, mitä kaikkea on mahdollista hoitaa osteopatian keinoin Neutraalina pysyminen Terveystuonon ammattilaisina meillä on vastuu asiakkaasta, vaikka muitakin ammattilaisia olisi osana hoitoa	Rajojen asettaminen Tälle uusi nimi?
Kannustan menemään terapiaan kohtaamaan tunteet Onko asiakkaalla lääkitystä Onko lääkitys vai eikö sitä ole Onko lääkitystä tai terapiaa harkittu	Muu hoito (terapia & lääkitys)
Yhteyden löytäminen terapeutin ja asiakkaan välille Asiakkaan kuunteleminen Motivoivaa, voimaannuttavaa keskustelua, jossa asiakkaalle jää tilaa omalle oivaltamiselle Maailman-/elämänkatsomuksellinen ote haastatteluun Selkeiden vinkkien antaminen esim. ruuasta ja liikunnasta (pikkuhiljaa tilanteen mukaan) Ajan antaminen hoitotilanteessa Tarkentavien kysymysten esittäminen	Kommunikaatio
Sympaattisen hermoston rauhoittelu Masennus on mahdollisesti tulehdustila Masennus kemiallinen ongelma Autonominen hermosto	Fysiologia
Tupakointi ja alkoholin käyttö Onko uni kunnossa	Elämäntavat

Aineisto 2.

Mitä somaattisia vaivoja masennusta sairastavilla on?	
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Keskushermostossa tulehdustilaa ja väärää kemiaa aivoissa sekä yleinen tulehdussellisuus kehossa Autonominen hermosto ei välttämättä ole ylikierroksilla, vaan kroppa on enemmänkin lamaanuneena Vaguksen yhteys kallonpohjaan Sympaattisen hermoston vaikutus rintarangan jännityksiin Parasympaattinen saattaa olla vallalla Ihon reaktiot hermoston kautta	Hermosto
Rintarangan jännitykset sympaattisen hermoston kautta Rintarangan alue saattaa olla joko aktiivinen (jäykkä) tai sitten passiivinen, jolloin kudokset tuntuvat löysältä Sympaattinen hermosto ei pääse sytyttämään kehoa	Rintaranka
Kellä saattaa olla käsi kipeä, kellä jalat tuntuvat voimattomilta Voi olla mitä tahansa Otetaan yksilökohtaisesti oireet huomioon Samoja vaivoja, mitä muillakin	Yksilöllisyys
Tunteet ja henkiset asiat vaikuttavat helposti hengitykseen ja palleaan TL-väli, pallean takajuuri ja sitä kautta myös lanneranka Pallea toimii harvoin kovin hyvin	Pallean toimintahäiriöt
Miten kranaalirytmii toimii ja onko siinä elinvoimaa Nasaliuksen ja ethmoidalen seutu, mistä lymfa osittain laskee alas aivoista Tentoriumin alue usein laiska masentuneilla Tentoriumin leesiot synnytyksen jälkeisessä masennuksessa	Kranaaliset löydökset
Alaselkä ongelmat yleisiä, mutta kelläpä niitä ei olisi Ryhdin ylläpitämiseen liittyvät lihaskivut Alaselkä on yleinen vaiva-alue masentuneella	Lanneranka
Kallonpohja, koska vaguksen tilanne Niskan alue herkkä leesioille ja toimintahäiriöille Atlas ja occiput usein merkittävässä roolissa Tensiotyypiset hartiavaivat	Niskan alue
Lymfakierto, erityisesti aivoissa, virtaus päästä pois ja päähän Yläaukeaman optimaalinen tila nestekierron kannalta tärkeä Rintatiehyt, missä lymfa kulkee ylös Yleisaineenvaihdunnan muuttuminen	Nestekierron häiriöt

Yleistuntuma masentuneen kehossa on usein löysä Lääkitys taustalla hidastamassa mekanismeja Tahmea tuntuma, voimattomuutta sekä kudostuntevyyden puutosta	Kudostuntuma
Suolisto ja ruuansulatus ei toimi niin kuin kuuluisi Masentuneilla usein vatsaoireita	Vatsan oireilu
Univaikeuksia lähestulkoon kaikilla Väsymystä Ei jaksa tehdä asioita mitä normaalisti tekisi	Univaikeudet

Aineisto 3.

Mitä tekniikoita käytetään masennuksen mahdollisesti aiheuttamiin somaattisiin oireisiin?	
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokat
Epäsuoria tekniikoita käytän paljon	Epäsuorat tekniikat
Mukavan tuntuista tekniikoita Suostuttelevaa tekniikan käyttöä Pehmeämmät otteet Rentouttavat tekniikat	Lempeät / mukavan tuntuiset tekniikat
Kraniaalisia tekniikoita EV3-tekniikka, jolla saadaan rauhoitettua kolmannen ventrikkelin aluetta. Kolmannessa ventrikkelissä on usein kova turbulenssi mielialahäiriöiden yhteydessä. Ethmoidalen alueen hoito, josta on suora yhteys hajuhermon kautta aivoihin ja limbiseen järjestelmään OM-suturan hoito V-spreadilla. Biodynaamisessa puhutaan tiden ohjaamisesta. Pyritään vaikuttamaan vagukseen. Tentoriumin hoito synnyttäneillä naisilla	Kraniaalitekniikat
Lymfahierontaa voi myös käyttää, mutta vasta kun faskiat on avattu Oskillaatiotekniikat, joilla haetaan kudoksiin aineenvaihduntaa ja saadaan neste-kierto toimimaan	Nestekiertoon vaikuttavat tekniikat
Selkärangan mobilisointi ja artikulointi	Biomekaaniset tekniikat
Rib raising tulee ykkösenä mieleen Kaikki rib raising tekniikat ovat hyviä Sympaattisten ganglioiden inhibitio proc. xiphoideuksen alapuolella Sternal lift, jolla saadaan vaikutus kaulan etupuolen kudoksiin ja lihaksiin ja sitä kautta inhiboitua kaulan isoja sympaattisia ganglioita. Tämän kautta saadaan myös stimuloitua aivoissa sijaitsevaa käpyrauhasta, jonka vaikutuksesta melatoniinin säätely tehostuu ja nukkuminen paranee. Harmoniset ja oskillaatiotekniikat, joilla pyritään saamaan hermosto tasapainotettua	Sympaattisen hermoston tekniikat
OA-, AA ja C2-3 välien hoitaminen lempeästi, ei HVLA-tekniikoita Kallonpohja on unen kannalta merkityksellinen alue	Niskan alueen hoito

Sutherlandkin jo mainitsee, että synnytyksen jälkeisessä masennuksessa sacrum on tavallaan tipahtanut, niin sanottu sacral slack. Mikä tahansa häiriö voi sotkea hermoston toimintaa sacrumin alueella.	Sacrumin hoito
Pallean alueen hoitaminen mahdollisimman lempeästi Ylimenoalueiden tasapainotus, jotta saadaan pallea, lantionpohja ja yläaukeama sekä ylänska toimimaan hyvin.	Palleoiden hoito
Yritetään saada kehon eri tasot ja kudokset neutraaliin BiDy ei rajoitu pelkästään siihen, että tehdään vain kranaalitekniikoita, vaan meillä on keho (zone A) ja fluid body (zone B) sekä tila (zone C ja D). Masentuneet ovat usein jumissa zone A:ssa ja kranaalimekanismit eivät pääse ilmentymään normaaliin tapaan. Sytytysjärjestelmän ongelmat, ja siihen liittyvät merkitykselliset alueet; lantionpohja, TL-väli, sydän ja kolmas ventrikkeli.	Biodynaaminen lähestyminen

Aineisto 4.

Mitä mahdollisuuksia osteopatialla on masennuksen hoidossa?	
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokat
Mahdollisuudet hoitaa kipua, kivun asteen pienentäminen Antaa miellyttävän tuntuksia kokemuksia Osteopatialla saadaan vähennettyä kipua, jolla on suora vaikutus ihmisen mielialaan	Kivun hoitaminen
Osteopatian mahdollisuudet masennuksen hoidossa ovat rajattomat. "Nehän on ihan rajattomat." Tekniikoiden suhteen vain taivas on rajana. "Kyllä mun mielestä myös masentuneet ihmiset hyötty osteopatiasta" Mahdollisuuksia on ihan älyttömän paljon Mahdollisuudet ovat äärimmäisen suuret, jopa rajattomat	Rajattomat mahdollisuudet
Lymfa- ja nestekierron parantuminen, joka auttaa aineenvahduntajätteiden poiskuljettamisessa kudoksesta ja tulehduksen vähentämisessä Lisäämällä lymfaattista kiertoa, verenkiertoa ja aivoselkäydinnesteen kiertoa	Nestekiertoon vaikuttaminen
Itsehoidollisia seikkoja, kuten hengityksen tarkkailu ja yksinkertaiset kehonhuoltoliikkeet Auttaa kehotietoisuuden kautta läsnäoloon ja hetkessä elämiseen kannustaen Elämäntutkimuksellisen filosofian läpikäymistä pikkuhiljaa ja kuunnellen, miten paljon ihminen on valmis vastaanottamaan. Vinkkejä elämänhallintaan.	Itsehoidon ohjaaminen
Hermoston toiminnan parantaminen Kehossa on paljon sensorista hermostusta Faskiat ovat ikään kuin aivojen haarakonttori Stillin mukaan, eli esimerkiksi faskiakäsittelyllä saadaan voimakkaita hermostollisia vaikutuksia	Hermoston toimintaan vaikuttaminen

tuksia	
<p>Otetaan huomioon kokonaisuus; keho, mieli ja sielu. Ei ole mahdollista hoitaa pelkkää mieltä, pelkkää kehoa tai sielua. Body mind, and spirit are interrelated. Prosessia voidaan tukea monesta suunnasta. Masennukseen on niin paljon syitä, että aiheuttaja voi olla kehossa. Ihminen on kokonaisuus, johon vaikuttaa moni elementti Osteopatiassa on mahdollista purkaa kehoon jääneitä tunnetiloja ilman, että ihmisen on koettava niitä uudestaan</p>	Ihmisen näkeminen kokonaisuutena
<p>Tukihoitona osteopatialla voi hyvinkin olla mahdollisuuksia Psyko-terapia ja osteopatia voisi tukea toisiaan Tukemaan paranemista niin, että masennuksesta päästään kokonaan eroon Äärimmäisen hyvä sivuhoito kaiken muun ohella Lääkärin kanssa yhteistyössä Masennus vähenee kun saadaan kehon kautta tukea Masennuspotilas hyötyy koskettamisesta ylipäätään</p>	Tukihoito
<p>Esteiden poistaminen paranemismekanismien edeltä Potentiaalini ymmärtäminen, että joskus osteopatia voi olla se avainelementti, jotta paraneminen saadaan käyntiin Otetaan kehon oma itseparantamismekanismi mukaan hoitokokonaisuuteen</p>	Kehon itseparanemismekanismien aktivoiminen
<p>Mahdollisuudet ovat rajalliset, sillä masennus on psykologinen ongelma Kehollinenkin puoli tulee huomioitua hoitokokonaisuudessa, mutta mahdollisuudet ovat rajalliset Masennusta ei hoideta osteopatian keinoin</p>	Masennusta ei hoideta osteopatian keinoin