



**PSYKOFYYSINEN HENGITYSTE-
RAPIA OSANA FYSIOTERAPEUTIN
TOIMENKUVAA AIKUISPSYKIAT-
RIAN POLIKLINIKALLA**

Miia Korhonen

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2013
Psykofyysisen fysioterapian erikois-
tumisopinnot

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

MIIA KORHONEN:

Psykofyysinen hengitysterapia osana fysioterapeutin toimenkuvaa aikuispsykiatrian poliklinikalla

Kehittämistehtävä 56 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Joulukuu 2013

Kehittämistehtävä toteutui yhteistyössä työpaikkani Salon aikuispsykiatrian poliklinikan kanssa. Fysioterapeutin työn sisältö ja käytössä olevat terapeutit menetelmät vaikuttavat olevan psykiatrian tulosalueella hoitohenkilökunnalle sekä asiakkaille vielä melko vieraita. Kehittämistehtävän tarkoituksena onkin avata fysioterapeutin toimenkuvaa aikuispsykiatrian poliklinikalla, jotta psykofyysistä lähestymistapaa ja ammatillista osaamistani voidaan hyödyntää laajemmin osana psykiatrisesta sairaudesta kärsivän asiakkaan kokonaisuhoitoa.

Kävin vuonna 2011 Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena -koulutuksen ja toteuttamani psykofyysinen fysioterapia pohjautuukin pitkälti psykofyysisen hengitysterapian näkökulmiin, joita sovellan työssäni eri asiakasryhmien kanssa. Kehittämistehtävässä keskityinkin kuvaamaan psykofyysisen hengitysterapian osuutta fysioterapeutin työssä. Kehittämistehtävässä tuon esiin teoreettista sekä kokemuksellista tietoa psykofyysisestä lähestymistavasta ja käyttämästäni psykofyysisen hengitysterapian näkökulmista ja työskentelytavoista yksilöterapiassa sekä ryhmissä. Psykiatrisista häiriöistä kärsivillä asiakkailla on havaittu esiintyvän epätasapainoista hengittämistä. Nostan kehittämistehtävässä esiin asiakasryhmiä, joiden kanssa työskennellessäni olen havainnut esiintyvän epätasapainoista hengittämistä ja soveltanut hengitysterapian menetelmiä.

Kehittämistehtävän tekemisen myötä pyrin syventämään omaa ammatillista osaamistani ja teoreettista pohjaa tekemälleni työlleni. Raportoinnin sekä kehittämistehtävän esittämisen kautta jaan tietoa työni sisällöstä myös työyhteisölleni, jotta ammatillista osaamistani voidaan paremmin hyödyntää psykiatrian poliklinikalla.

Asiasanat: psykofyysinen hengitysterapia, psykofyysinen fysioterapia, epätasapainoinen hengitystapa

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Health Care Specialization
Psychophysical Physiotherapy

MIIA KORHONEN:

Psychophysical Breathing therapy as a part of physiotherapist's job description in Adult Psychiatric unit

The Development project 56 pages, appendices 5 pages
December 2013

The aim of this development project is to present physiotherapist's job description in Adult Psychiatric unit in Salo and especially to introduce the part of psychophysical breathing therapy of the job. The purpose of this development project is to clarify my job to my colleagues so that my professional know-how could be better utilized.

I graduated 2011 as Breathing therapist after fulfilling the education of Breathing as support of self regulation and interaction. The physiotherapy with patients with mental health problems has based on a lot of on the point of views of breathing therapy. In my development project I bring out some examples of mental health problems in which I have noticed dysfunctional breathing patterns.

In this development project I explain theoretical point of views and also my experiences of using breathing therapy methods in individual psychophysical therapy and group therapy. By reporting and lecturing the development project I try to make my job description and professional know-how more known. I also want to share my knowledge of the significance of breathing in interaction.

Key words: physiotherapy in mental health, psychophysical breathing therapy, dysfunctional breathing

SISÄLLYS

1	PSYKOFYYSINEN LÄHESTYMISTAPA TUTUMMAKSI	6
2	KEHON KAUTTA MIELEN KANSSA TYÖSKENTELEMINEEN	8
2.1	Psykosomaattinen näkemys	8
2.2	Ajatusten, tunteiden ja ruumiillisten reaktioiden vuorovaikutus	9
2.3	Psykofyysinen fysioterapia ja hengitysterapia.....	12
3	HENGITYS PSYKKISEN JA FYYSISEN HYVINVOINNIN TUKENA	15
3.1	Hengitys osana itsesääätelyä ja vuorovaikutusta.....	15
3.2	Epätasapainoinen hengitystapa ja ruumiilliset reaktiot.....	17
4	HENGITYS MIELEN PEILINÄ	19
4.1	Hengityksen ongelmat ahdistuneisuudesta ja paniikkioireista kärsivällä.....	19
4.2	Stressi, jännittäminen ja pelot hengitystä vaikeuttamassa	20
4.3	Uupumus, univaikeudet ja masentuneisuus	21
4.4	Kipu hengityksen virtaamista vaikeuttamassa.....	23
4.5	Selittämättömät ruumiilliset oireet psyykkisestä tilasta kertomassa.....	24
4.6	Kehonkuvahäiriöt ja hengityksen kontrollointi	25
5	PSYKOFYYSINEN HENGITYSTERAPIA SALON AIKUISPSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA	27
5.1	Asiakkaan ohjautuminen psykofyysiseen hengitysterapiaan.....	27
5.2	Yksilölliset arviointikäynnit fysioterapeutin vastaanotolla	28
5.3	Mittarit arvioinnin tukena	30
5.4	Psykofyysinen hengitysterapia yksilötapaamisina.....	32
5.5	Ryhmämuotoinen psykofyysinen hengitysterapia	32
5.6	Työskentelytavat psykofyysisessä hengitysterapiassa.....	34
5.6.1	Oleminen ja omaan kehoon tutustuminen.....	34
5.6.2	Rauhoittuminen ja rentoutuminen.....	35
5.6.3	Pelkojen työstäminen ja turvallisuuden tunteen vahvistaminen	36
5.6.4	Hengitysharjoitteet	36
5.6.5	Kosketus rauhoittaa ja liikuttaa.....	38
5.6.6	Tilakokemuksen, rajojen ja erillisyyden hahmottuminen	39
5.6.7	Mielikuvien ja symboleiden käyttö hengitysterapiassa	41
5.6.8	Vuorovaikutukselliset harjoitteet	43
6	KOKEMUKSIA PSYKOFYYSISESTÄ HENGITYSTERAPIASTA.....	45
7	POHDINTA.....	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET	52

Liite 1 Nijmegenin kysely	52
Liite 2. BAI (Beckin ahdistuneisuuskyselylomake).....	53
Liite 3. Paniikkikohtauksen ruumiilliset oireet.	54
Liite 4. Katastrofiajatukset paniikkikohtauksen aikana	55
Liite 5. BAT- Body attitude testi.....	56

1 PSYKOFYYSINEN LÄHESTYMISTAPA TUTUMMAKSI

Ihmiset reagoivat hyvin yksilöllisesti erilaisiin merkityksellisiin tapahtumiin. Toiset kokevat ne lihasjännityksinä kehossa, toisilla puhkeaa ihottumaa tai ilmenee huimausta ja päänsärkyä. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 30, 37 - 38.) Kun ihminen ei kykene käsittelemään tunteita psyykkisellä tasolla keho tulee avuksi (Räsänen 2012, 3655). Somatisaatiosta kärsivällä ihmisellä taas on taipumus kommunikoida nimenomaan ruumiillisilla oireilla ja vaikeimmillaan somatisointi voi olla ihmisen ainoa tapa tuoda esiin psyykkistä kärsimystä (Räsänen 2012, 3655).

Useammin kuin aavistetaankaan psyykkisten ja fyysisten oireiden takana on monesti samankaltaisia ongelmia. Ihmisellä voi esiintyä monia epäonnistuneita yrityksiä ratkoa arkielämän yleisinhimillisiä ongelmia, pitkäaikaista elämysten ja kokemusten kieltämistä ja ilmaisukyvyn estymistä, jotka voivat näkyä esimerkiksi hengityksen pidättämisenä ja lihaskireyksinä. (Monsen 1992, 5 - 6.) Psyykkisesti tasapainossakin oleva ihminen reagoi hengitysmuutoksilla tunteisiin. Tasapainossa olevan ihmisen hengitys kuitenkin palautuu tasaiseksi, kun hengitysmuutoksen aiheuttama ärsyke lakkaa vaikuttamasta. (Martin ym. 2010, 28.) Kliinisen kokemuksen mukaan monenlaisista psykiatrisista häiriöistä kärsivillä asiakkailla esiintyy epätasapainoista hengittämistä (Martin ym. 2010, 35). Työskennellessäni fysioterapeuttina Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla olen havainnut tämän omassa työssäni. Psykofyysisen hengitysterapian näkökulmat ja työskentelytavat ovatkin osoittautuneet hyvin merkityksellisiksi psykiatrisesta sairaudesta kärsivän asiakkaan kohtaamisessa ja psykofyysisessä terapeuttisessa harjoittelussa.

Tavoitteenani on kehittämistehtävän kautta avata psykofyysistä lähestymistapaa ja fysioterapeutin työnkuvaa Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla, jossa työskentelen ainoana fysioterapeuttina. Keskityn kehittämistehtävässäni kuvaamaan tarkemmin psykofyysisen hengitysterapian osuutta osana Salon aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaiden kokonaishoitoa, sillä olen työssäni soveltanut psykofyysisen hengitysterapian näkökulmaa ja työskentelytapoja monien asiakkaideni kanssa. Psykiatrian tulosalueella fysioterapeutin rooli ja fysioterapeutin käyttämät terapeuttiset menetelmät vaikuttavat olevan vielä melko vieraita muulle hoitohenkilökunnalle sekä asiakkaille, jonka vuoksi koen fysioterapeutin työtä ja terapeuttisia menetelmiä kuvaavan raportin tarpeelliseksi. Pyrin kehittämistehtävässäni avaamaan käyttämiäni terapeuttisia menetelmiä teorian-

don pohjalta sekä tuomaan esiin myös kokemuksellista tietoa psykofyysisestä hengitysterapiasta. Raportin ja kehittämistehtävän esittelemisen myötä toivon, että psykofyysistä fysioterapiaa osattaisiin laajemminkin hyödyntää osana psykiatrisista sairauksista kärsivän asiakkaan kokonaisuhoitoa.

Pyrin kehittämistehtävän kautta selkeyttämään toteuttamani työni sisältöä sekä itselleni että työyhteisölleni. Tarkoituksena on kehittämistehtävän kautta syventää myös omaa ammatillista osaamistani ja vahvistaa teoriapohjaa tekemälleni työlle. Koen itse psykofyysisen hengitysterapian hyvin merkityksellisenä niin asiakkaan kohtaamisessa, terapeutisessa harjoittelussa kuin myös omana voimavarana, joten raportoinnin ja kehittämistehtävän esittelemisen myötä haluan jakaa tietoa myös muulle hoitavalle henkilökunnalle hengityksen merkityksestä vuorovaikutustyössä. Kehittämistehtävä esitellään 23.1.2014 työpaikkakokouksen yhteydessä.

2 KEHON KAUTTA MIELEN KANSSA TYÖSKENTELEMINE

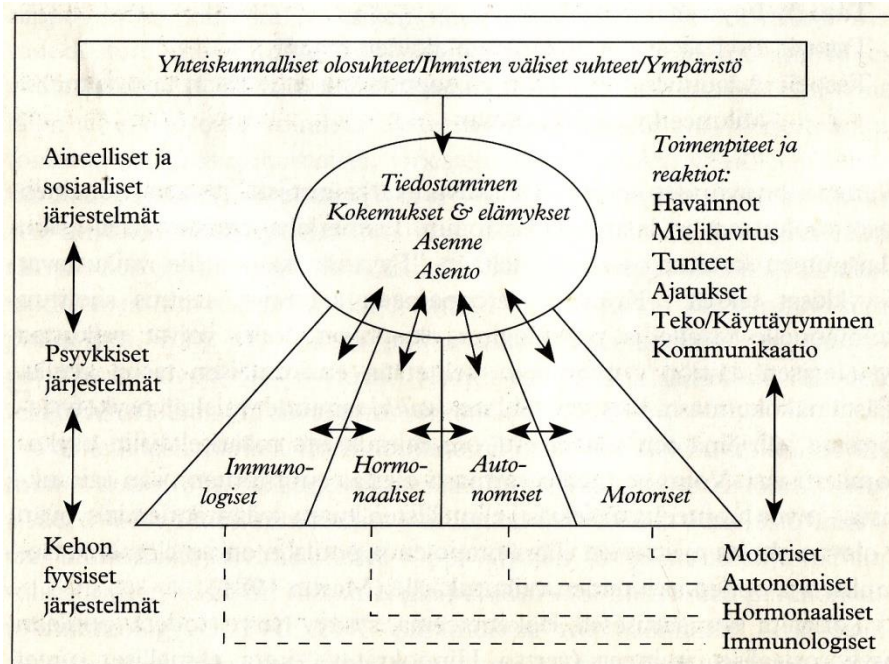
Ellei ihmiselle tyypillisiä käyttäytymismalleja nosteta tietoiselle tasolle tarkasteltavaksi ja työstettäväksi, ihminen toistaa niitä läpi elämänsä. Kehon kautta mielen kanssa työskenteleminen vaatii rohkeutta, mutta sitä kautta voi löytyä laajempaa ymmärrystä kohdata, käsitellä ja kehittää mielen ja kehon kokonaisuutta ja tasapainoa. (Herrala ym. 2008, 30, 37 - 38.) Työssäni pyrin asiakkaan kanssa yhdessä ymmärtämään sitä, miten keho reagoi psyykkiseen sairauteen tai vaikeaan elämäntilanteeseen. Asiakkaat tulevat usein psykofyysisen fysioterapian ja hengitysterapian myötä tietoisemmaksi tavoistaan reagoida kehollaan ja löytävät kokemuksellisuuden kautta myös keinoja kehollisten reaktioiden sietämiseen tai lievittämiseen sekä hengitystä vaikeuttavien jännitysten purkamiseen.

2.1 Psykosomaattinen näkemys

Psykosomaattinen näkemys korostaa ihmisen psyykkisen ja fyysisen puolen yhteisvaikutuksen tärkeyttä. Psykosomaattinen torjuntamalli (kaavio 1) osoittaa vuorovaikutuksen olemassaolon kehon, sielun, ympäristön, yhteiskunnan ja ihmisten välillä. Stressita-son noustessa korkeaksi elämysten aiheuttamat epämiellyttävyydet on helppo jättää tiedostamatta ja keho joutuu ristiriitojen, tiedostamattomien ja torjuttujen tunteiden ja elämysten säiliöksi. Kun kehoa käytetään torjuntaan, se aiheuttaa samalla häiriöitä kehon eri elinjärjestelmissä. Stressitilanteet aiheuttavat kaikissa elinjärjestelmissä reaktioita, jotka voivat näkyä esimerkiksi lihaskireyden lisääntymisenä tai hengityksen vaikeutumisena. (Monsen 1992, 14, 16 - 17.)

Jokainen tunne on seurausta sensorisen, autonomisen ja somaattisen hermoston vuorovaikutuksesta. Tunteisiin liittyy usein tyypillisiä kehollisia tuntemuksia. Vihan tunne voi tuntua lihasjännityksenä esimerkiksi leuoissa ja hartioilla, suru koetaan silmien kustumisena tai palana kurkussa, inho koetaan pahoinvointina, ilo hengityksen syventymisenä, pelko sydämen tykytyksinä ja vapinana sekä häpeä lämmön tunteena erityisesti kasvoissa. (Rothschild 2000, 56–57.) Tunteiden, kuten pelon ja ahdistuksen tukahduttaminen lisää jännitystä hengityslihaksissa. Mikäli tunnetilan syytä ei selvitetä ja tilanne jatkuu, ihmisen ulkoinen olemuskin alkaa muuttua. Muutos voi näkyä asennossa, asen-
tomallissa ja tavassa toimia. (Herrala ym. 2008, 58.) Avohoidossa olevilla potilailla,

jotka kärsivät ahdistuneisuudesta, masennuksesta tai syömishäiriöstä myös liikkuminen ja käyttäytyminen on usein jäykkää ja jännittyntä, vailla spontaanisuutta, elinvoimaa ja vapautta (Gyllensten ym. 2004, 213 - 214). Opittujen liikemallien ja asentojen muuttaminen vaatii muutosta samalla suhteessa omaan ruumiiseen ja sen kieleen, jonka vuoksi muutokset tapahtuvat usein hitaasti. Asennon muuttuminen edellyttää pidempää hoitosuhdetta, mikäli suhde omaan ruumiiseen on rakentunut kontrolloivaksi, kielteiseksi, passiiviseksi tai väistäväksi. (Martin ym. 2010, 52.)



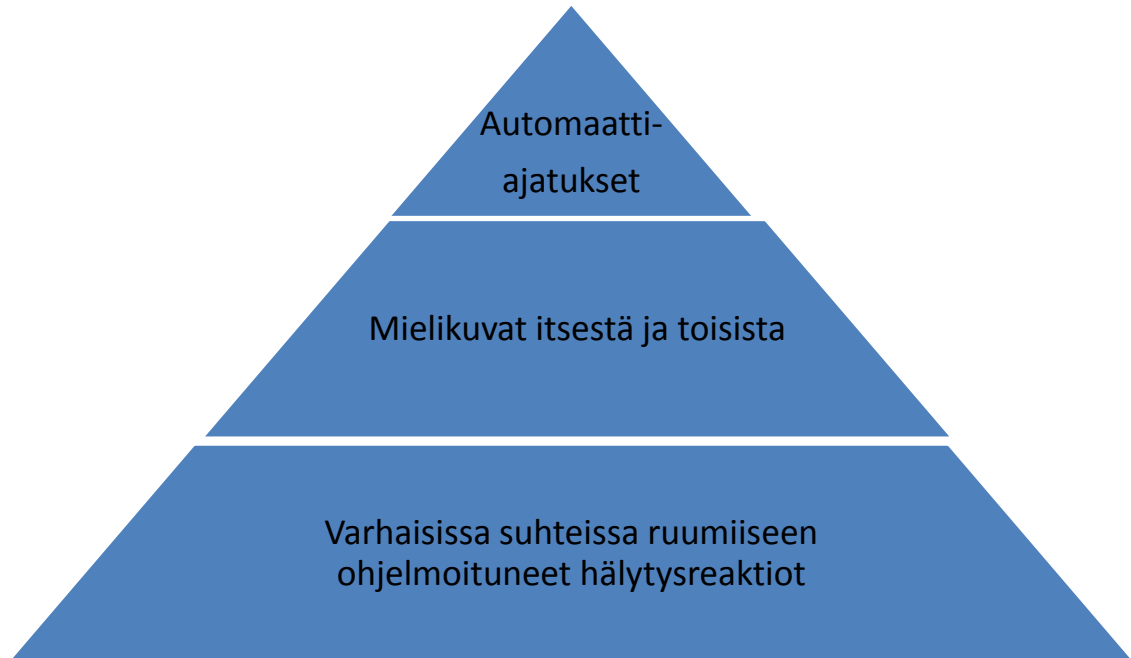
Kaavio 1. Psykosomaattinen torjuntamalli (Monsen 1992, 16)

2.2 Ajatusten, tunteiden ja ruumiillisten reaktioiden vuorovaikutus

Ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon, mutta myös kehon muisti ja reaktiot synnyttävät tunteita ja ajatuksia. Kehomme avulla ymmärrämme ja tulemme tietoisiksi tunteistamme ja kehonkielellä osoitamme ympäristöllemme mitä tunnemme. (Roxendal & Winberg 2002, 41 - 42.) Automaattiajatukset ovat välitöntä ajatusten virtaa, joka vaikuttaa tunteisiin ja mielialoihin silloinkin, kun ajatuksia ei täysin tiedosteta. Ihmiset saattavat usein samaistua omiin automaattisiin ajatuksiinsa ja suhtautua niihin ikään kuin ne edustaisivat aina totuutta. Automaattiajatuksiin voi liittyä suuri ajatusvääristymien riski, mikäli ihminen ei kyseenalaista, tarkastele tai jaa ajatuksiaan omasta mielensisällöstä

muiden kanssa. (Martin ym. 2010, 86–88.) Psykofyysisessä hengitysterapiassa harjaan-
nutetaan tietoisuutta ja ymmärrystä ajatusten voimasta (Martin ym. 2010, 133).

Automaattiajatukset edustavat pintatasoa mielen toiminnasta (kuvio 1). Pohjalla vaikut-
tavat yleistyneet mielikuvat itsestä ja toisista, joita puolestaan edeltävät varhaisissa suh-
teissa ruumiiseen ohjelmoituneet automaattiset ruumiin hälytysreaktiot. (Martin ym.
2010, 86–88.) Ruumis reagoi ja hengitys mahdollisesti muuttuukin jo ennen kuin ihmi-
nen tulee tietoiseksi ajatuksistaan. Ongelmien ratkomiseksi onkin siis olennaista työs-
kennellä kokonaisvaltaisesti tiedostamattomien ruumiin kokemusten ja mielikuvien ta-
voittamiseksi ja uudelleen järjestymiseksi, sen sijaan, että keskityttäisiin muuttamaan
vain ajattelutapoja. (Martin ym. 2010, 86–88.) Tässä kohtaa olen kokenut fysioterapeu-
tin roolin erityisen merkitykselliseksi, sillä fysioterapiassa ruumiin kokemusten
kanssa työskenteleminen on mahdollista turvallisessa ympäristössä erilaisten kehollisten
harjoitteiden kautta.



Kuvio 1. Ruumiin hälytysreaktiot, mielikuvat ja automaattiajatukset

Työssäni pyrin selkeyttämään psykofyysistä näkökulmaa ja työskentelytapoja asiakkaileni muun muassa alla olevan taulukon (taulukko 1) avulla. Asiakkaat usein tunnistavat taulukosta itselleen tyypillisiä ja usein toistuvia automaattisia ajatuksia, tunteita sekä ruumiissa tapahtuvia reaktioita ja kokevatkin yhteyden hyvin loogisena. Taulukon avulla asiakkaat voivat ymmärtää laajemmin omaan hengitystapaan vaikuttavia tekijöitä.

Epätasapainoinen hengitys		
Mitä ajattelen?	Mitä tunnen?	Mitä ruumiissa tapahtuu?
<i>Automaattiset ajatukset viriävät</i>	<i>Ahdistus aktivoituu</i>	<i>Stressireaktio aktivoituu, ristiriita ruumiillistuu</i>
pitää kuuluu täytyy on välttämätöntä on pakko en ole tarpeeksi hyvä teen väärin olen huono epäonnistun on hirveää on kauheaa = syytös itselle tai toiselle	syyllisyys häpeä avuttomuus arvottomuus kiukku/uhma pelko järkytys pakokauhu epätoivo masennus tyhjiys lamaannus	lihasjännitykset varuillaanolo kontrolli lisääntyy hyökkäys/pako/jähmettyminen hampaat irvessä työskentely nukahtamisvaikeudet paniikki huimaus hengityskapasiteetin pieneneminen passiivisuus voimattomuus
Selviytymiskeinona kieltäminen		
<i>- ei mielikuvia - kielteisiä ja epärealistisia ajatuksia</i>	<i>- ei yhteyttä tunteisiin</i>	<i>- ei tiedosteta ruumiin hälytysmerkkejä, ruumis yrittää selviytyä yksin – ja sairastuu</i>
Tasapainoinen hengitys		
Tunnistan, mitä haluan/en halua Voin ajatella: Olisi mukavampi parempi suotavaa mahdollista On surullista ikävää valitettavaa Annan anteeksi itselleni/muille	myötätunto empatia itselle/toiselle elävyys itsevarmuus omat rajat/erillisyydet pettymyksen salliminen surun tunteet toiveikkaus vapautuneisuus pehmeys ilo energisyys, voima	rauhoittuminen ja rentous hengityksen syveneminen ja helpottuminen voimien lisääntyminen sallivuus ja kohtuullisuus rajojen vahvistuminen elävyyden ja virtaamisen kokemus ruumiissa muutoksen hyväksyminen kokemus ruumiin käyttökelpoisuudesta ja osaamisesta tilaa ja lupa olla sellainen kuin on

Taulukko 1. Ajatusten, tunteiden ja ruumiin reaktioiden vuorovaikutus ja yhteys hengitystapaan (Martin ym. 2010, 87).

2.3 Psykofyysinen fysioterapia ja hengitysterapia

Psykofyysinen lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykiatrien ja psykologien yhteistyön tuloksena. Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka kehitys on vauhdittunut norjalaisen ja ruotsalaisen fysioterapian perinteiden myötä. Psykofyysisen fysioterapian taustalla on psykofyysinen ihmiskäsitys ja fysioterapiassa keskeistä onkin kehon ja mielen muodostaman kokonaisuuden ja vuorovaikutuksen ymmärtäminen. (Psyfy ry 2013.)

Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus ja yhteistyö korostuvat psykofyysisessä fysioterapiassa. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, joka mahdollistaa oman kehollisuuden kokemisen, tunnistamisen ja hyväksymisen. Fysioterapiassa huomioidaan hengityksen, asentojen ja liikkumisen nostamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys ihmiselle. Kokemuksellisuuden kautta ihminen voi saada ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja elämäänsä. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina asiakkaan voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan ja toteutuneen fysioterapian arvioinnissakin korostuu asiakkaan itse kokema muutos. (Psyfy ry 2013.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä työvälineitä ovat muun muassa hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, liikeharjoitteet, rentoutusmenetelmät, pehmytkudoskäsitteilyt sekä vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet. Psykofyysisen fysioterapian myötä ihminen voi oppia aistimaan ja arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita sekä kehontuntemuksen kehittymisen myötä oppia rentoutumista, tasapainottumista ja stressinhallintaa. Ihminen voi omien oivallustensa avulla oppia vaikuttamaan mahdollisesti myös kipujen ja oireiden syihin. (Psyfy 2013.) Kehontuntemusharjoittelulla voidaan pyrkiä myös sairauden uusiutumisen riskin vähentämiseen (Kaipainen & Kuha-Putkonen, 2009, 6). Ruumiilliset oireet ja tuntemukset voivat parhaimmillaan auttaa itseymmärryksen kasvamisessa. Esimerkiksi ahdistuneisuudesta tai paniikkioireista kärsivä voi oppia tunnistamaan alkuoireitaan ja löytää keinoja, joiden avulla on mahdollista sietää tai estää alkavia ahdistuskohtauksia. (Martin ym. 2010, 47.)

Psykofyysisen hengitysterapian ajattelutavat ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet vuosikymmeniä kestäneen yhteistyön pohjalta liikuntaterapeutti Maila Sepän ja TYKS:n eri-

koispsykologi Päivi Lehtisen välillä (Martin ym. 2010, 12). Hengityskoulu on lyhytterapiaryhmämenetelmä, joka on alun perin tarkoitettu somaattisista ahdistusoireista kärsiville ja hyperventiloiville asiakkaille. Psykofyysisen hengitysterapian ajattelutavat ovat kuitenkin osoittautuneet hyödyllisiksi myös asiakkaan kohtaamisessa, vaikka ei suoranaisesti työskenneltäisi hengityksen parissa. (Martin ym. 2010, 105.) Hengityskoulun menetelmiä onkin myöhemmin sovellettu hyvin monenlaisista oireista ja ongelmista kärsivien asiakkaiden auttamiseen yksilöterapiassa sekä ryhmäterapeuttisessa työskentelyssä. Hengityskoulun sijaan työskentelytapaa kutsutaankin laajemmin psykofyysiseksi hengitysterapiaksi. (Martin ym. 2010, 12.) Maila Seppä aloitti 1990-luvun alussa hengityskouluohjaajien kouluttamisen, josta menetelmän kehittäminen ja hengitysterapeuttien koulutus on jatkunut Maila Sepän ja psykologi, psykoterapeutti Minna Martinin yhteistyönä. (Martin ym. 2010, 12; Hengittävä mieli 2013.)

Psykofyysinen hengitysterapian pohjana on tieto hengityksen psykofyysisestä säätelystä sekä tasapainoisen hengityksen merkityksestä fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille (Martin ym. 2010, 12). Hengitysterapeutin on tärkeää olla tietoinen ihmisen fysiologiasta, rakenteesta sekä lihasten toiminnasta, vaikka tätä tietoutta ei varsinaisesti opeteta asiakkaille (Martin ym. 2010, 96). Hengityskoulun menetelmä koostuu lukuisista toisiinsa kietoutuvista näkökulmista. (Martin ym. 2010, 12.) Tutkimustieto objektisuhdeteoriasta ja varhaisen vuorovaikutuksen merkityksestä ovat vaikuttaneet merkittävästi hengityskoulun ajattelun- ja toimintatapoihin. Perusta hengityskoulun ahdistuneiden ja paniikissa olevien auttamiselle on tullut D.W. Winnicottin lapsen kehityksen teoriasta sekä olemisen kyvystä suhteessa aidon itsen kehittymiseen. (Martin ym. 2010, 96.) Psykofyysisen hengitysterapian kehittymiseen taustalla vaikuttaneita teorioita ja menetelmiä ovat aivotutkimukset, neuropsykoanalyysi, jooga, mindfulness sekä Matti Keinäsen käsite mielensisäisestä hengityksestä. Terapioista kognitiivinen, ratkaisukeskeinen, ryhmä- ja lyhytterapiat ovat vaikuttaneet hengitysterapian menetelmiin. (Martin ym. 2010, 98.)

Psykofyysisen hengitysterapiaan sisältyvillä menetelmillä voidaan edistää tasapainoisemman hengityksen oppimista ja sitä kautta vaikuttaa laajasti ihmisten terveyteen. Psykofyysistä hengitysterapiaa voidaan soveltaa erilaisiin ryhmiin sekä yksilötyöhön. (Martin & Seppä, 2011, 8.) Psykofyysisen hengitysterapian tavoitteina ovat oman hengitysrhythmin löytäminen ja sen arvostaminen, tasapainoisemman hengitystavan omak-

suminen, olemisen opettelu ja luvan antamisen sille, että saa olla sellaisena kuin on (Martin ym. 2010, 100–101). Psykofyysisellä hengitysterapian myötä ihminen voi saada keinoja uloshengityksen esteiden purkamiseen, oppia tiedostamaan ja hellittämään lihasjännityksiä sekä löytämään luottavaisemman suhteen alustaan. Hengitysterapian tavoitteita ovat myös vuorovaikutussuhteen merkityksen tiedostaminen, erillisyyden ja tilakokemuksen hahmottuminen sekä rajojen selkiytyminen. Hengitysterapiassa harjoitellaan tunteiden tiedostamista, säätelyä ja ilmaisua sekä pyritään herättelemään elinvoimaa, elämäniloa, mielihyvää ja leikkisyyttä. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen on hyvin tärkeää, jotta ihminen oppisi rauhoittelemaan itseään fyysisesti ja psyykkisesti. (Hengittävämieli 2013.)

3 HENGITYS PSYYKKISEN JA FYYSISEN HYVINVOINNIN TUKENA

3.1 Hengitys osana itsesääätelyä ja vuorovaikutusta

Hengityksen tehtävänä on tuoda happea kaikkiin ruumiinosiin ja poistaa aineenvaihdunnassa lihastoiminnan seurauksena syntynyttä hiilidioksidia. Hengitys säätelee elimistön happoemästäsapainoa ja hiilidioksidipitoisuutta, jotta se olisi solujen toiminnan kannalta sopiva. Normaali hengitysmekaniikka auttaa myös ylläpitämään selkärangan ja sitä ympäröivien luu- ja lihasrakenteiden joustavuutta. (Martin ym. 2010, 15–16.) Nenän kautta hengittäminen on elimistön kannalta edullisempi tapa hengittää, sillä sisäänhengitettävä ilmamäärä pysyy paremmin hallinnassa ehkäisten ylihengittämistä (Martin ym. 2010, 17). Elimistömme tilan lisäksi hengityksemme heijastelee sisäistä mielentilaa ja elämäntilannettamme (Martin ym. 2010, 163). Rentoutunut ja spontaani hengitys luo perustan hyvälle muuntautumiskyvylle ja sallii tunteiden näyttämisen ja kokemisen (Monsen 1992, 26). Rauhallinen hengittäminen tyynnyttää mieltä ja antaa tunteiden tunnistamiselle ja ilmaisulle tilaa. Toisaalta hengityksen avulla voidaan myös säädellä tunteita. Esimerkiksi hyperventiloimalla tai hengitystä pidättämällä voidaan pitää sietämättömiä tunteita pois tietoisuudesta. (Martin ym. 2010, 16.) Kyky muunnella hengitystä sisäisten ja ulkoisten vaatimusten mukaan kuuluu terveyteen (Martin ym. 2010, 28). Kun itsesääätely on toimivaa, ihminen kykenee dynaamisesti mukauttamaan tunnekokemuksia ja tunneilmaisuaan päivittäisten tapahtumien asettamien vaatimusten mukaan. (Metsäpelto & Feldt 2010, 147).

Hengitys on tietoisuutta ja tiedostamatonta yhdistävä tekijä. Se on kontakti syvään tiedostamattomaan elämään samaan aikaan, kun siihen voidaan kiinnittää huomiota ja hallita sitä tietoisella tasolla. (Roxendal & Winberg 2002, 73 – 74.) Monet idän filosofit uskovat, että luonnollinen hengitys on tekokas vastalääke stressille ja ahdistuneisuudelle. Hengitysharjoitteet ja tekniikat ovatkin vuosisatojen ajan olleet tärkeitä psyykkiselle, fyysiselle sekä hengelliselle kehitykselle. Länsimaisten tutkimusten mukaan hengitysharjoitteet ovat todettu tehokkaiksi ahdistuneisuuden, masennuksen, ärtyisyyden, lihasjännitysten sekä väsymyksen lievittämisessä. Sopivan hengitystavan saavuttaminen vaatii keskittymistä, tietoisuutta sekä vaikeutuneen hengitystavan tunnistamista. Terveellisen ja tasapainoisen hengitystavan kehittyminen ja erilaisten hengitystekniikoiden käyttö voi johtaa rauhoittumiseen, lämpöön ja energiseen olotilaan.

(Wilkinson, Buboltz & Young 2002, 3.) Tietoisesti hengitystä rauhoittaen, voidaan haakea tietä ulos stressikierteestä (Martin ym. 2010, 45). Mikäli hengitystä kuitenkin suoritetaan, luonnollinen hengitysrytmi häiriintyy ja lihakset jännittyvät. Hengitystavan pysyvä muutos on mahdollista saavuttaa tiedostamalla kokemuksemme ja antamalla tilaa sille, mitä sisällämme tapahtuu. (Martin & Seppä 2011, 14.) Hengitys syvenee ja rauhoittuu, kun ihminen kokee olevansa turvassa, rauhassa, kokee mielihyvää, kosketusta, lämpöä, toisen läsnäoloa sekä saadessaan aikaa itselleen ja hellittäessään. Ihminen ei aina itse tiedosta tätä, jolloin hengitykseen voidaan vaikuttaa tiedostamattomasti (Martin ym. 2010, 45.)

Hengityksessämme on myös tavoitettavissa osa-alueita perimästämmä ja vuorovaikutushistoriastamme (Martin ym. 2020, 163). Suhteessa olon mallit rakentuvat varhaisissa vuorovaikutussuhteissa vaikuttaen siihen, miten ihminen suhtautuu itseän, omiin oireisiinsa sekä toisiin ihmisiin. Suhteessa olon mallit näkyvät myös hengitystavassa sekä sisäisessä dialogissa itsen ja toisten kanssa. Minäkuvaan vaikuttaa se, miten on tullut nähdyksi ja kuulluksi. (Martin & Seppä 2011, 119.) Uskomus siitä, mitä saa ilmaista ja millaisena saa olla muodostuvat varhaisessa perusvuorovaikutuksessa. Rauhallinen uloshengitys voi olla parhaimmillaan hellittämistä ja periksi antamista, mutta tiedostamattomat itseilmaisun ehdot ja käsitykset voivat myös johtaa siihen, että ihminen pidättelee sanojaan ja uloshengitystään. (Martin & Seppä 2011, 65.) Hengityksen pidättämisestä ja lihasten jännittämisestä voi muodostua myös itsensä huolehtimisen keinoja, mikäli ihminen on jätetty liiaksi itsen varaan tyyntymään (Martin ym. 2010, 67).

Psykofyysisellä hengitysterapialla voidaan vaikuttaa myönteisesti vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa (Martin & Seppä, 2011, 8). Hengitystä voidaan käyttää tilaa luovana asenteena ja työvälineenä vuorovaikutustyössä, sillä työntekijän hengitystapa vaikuttaa asiakkaaseen. Rauhallisella hengityksellä ja puheella voidaan houkuttaa levotonta ja ahdistunutta rauhoittumaan. Rauhallista hengitystä voidaan käyttää ensiapukeinona paniikkiahdistuksesta kärsivälle, akuutissa kriisissä olevalle tai stressaantuneelle. Auttajan rauhallisen läsnäolon lisäksi on tärkeä muistuttaa asiakasta rauhallisen hengityksen merkityksestä. (Martin & Seppä, 2011, 19–20.) Hoitotilanteessa auttaja käyttää peilautumisjärjestelmää ymmärtääkseen toisen tilannetta. On hyvä tiedostaa, että suhde on vastavuoroinen, jolloin myös auttajan olotila vaikuttaa asiakkaaseen. Kuormittuneen auttajan hengitys muuttuu ja vaikuttaa asiakkaaseen. (Martin ym. 2010, 78.) Erityisesti

kun asiakkaan emotionaalinen virittyneisyys kasvaa, kognitiivinen hajanaisuus lisääntyy tai asiakas alkaa kärsiä dissosiaatiosta, asiakasta hoitavan henkilön rauhoittava puhe voi olla helpottavaa (Epävakaata persoonallisuus: Käypähoitosuositus 2008). Psykosomaattisesti oireilevat asiakkaat ovat erityisen herkkiä sanattomalle viestinnälle (Martin & Seppä 2011, 38), jonka vuoksi terapeutin läsnäolon ja kehollisen viestinnän merkitys korostuvat vuorovaikutuksessa.

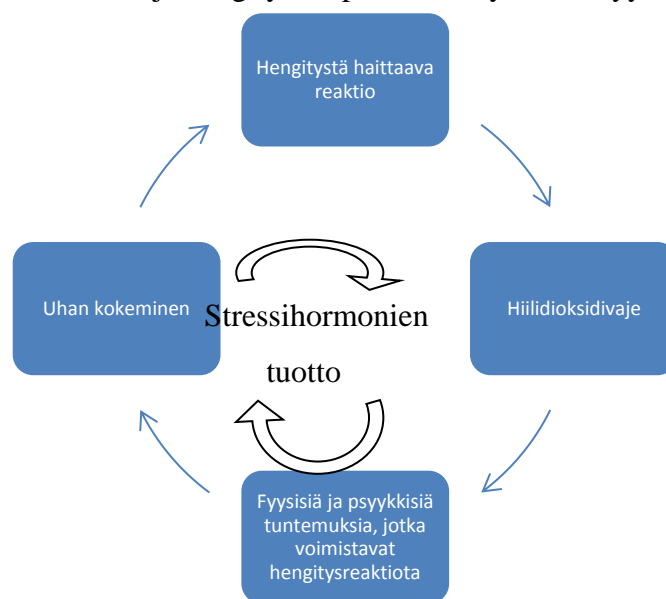
3.2 Epätasapainoinen hengitystapa ja ruumiilliset reaktiot

Epätasapainoisen hengityksen keskeisiä piirteitä ovat hengityksen pidättelemisen, jolloin rintakehä jää sisäänhengitysasentoon, apuhengityслиhaksia käytetään levossakin ja vatsalihakset ovat jännittyneet ja jäykät tai toimivat päinvastaisesti supistuen sisäänhengittäessä. Epätasapainoisen hengitystavan omaksuneelle suuhengitys on tavallista vallitsevampaa ja lepo hengitystiheys on usein suurentunut. Ilman nieleminen, toistuva rykiminen sekä tiheä huokaileminen tai haukottelu on myös tyypillisiä epätasapainoisen hengityksen piirteitä. Uloshengityksen jälkeinen tauko sekä sisään- ja uloshengityksen mukana tapahtuva selkärangan pieni liike saattavat myös puuttua. (Martin ym. 2010, 32.) Kun rauhoittavia sanoja ei ole opittu, eikä rauhoittava toinen ole kehittynyt riittävästi, fantasiat ja todellisuus saattavat sekoittua aiheuttaen paniikkia. Hengityshäiriöistä kärsiville on tyypillistä myös synnynnäinen herkkyys ympäristölle ja se, että äidin ahdistus ja hengitysrytmi ovat sisäistyneet. (Martin & Seppä 2011, 130.) Mikäli elimistö ja sen säätelymekanismi on oppinut varovaisen, ehtoja ja pelkoja täynnä olevan tavan käyttää kehoa, hengitys näyttäytyy usein pienenä ja pinnallisena (Martin ym. 2010, 147).

Tunteet vaikuttavat hengitykseen. Mikäli tunteet ovat todella voimakkaita tai toistuvat usein, ne voivat häiritä hengitysmallia pitkäksi aikaa, jopa koko elämän ajaksi (Roxendal & Winberg 2002, 73). Tunnepurkausten estäminen tietoisesti tai tiedostamatta saa aikaan pallean ja rintakehää ympäröivien sekä asentoa säätelevien lihasten jännitystä. Kun epämiellyttäviä elämyksiä torjuu jatkuvasti, se heijastuu hengitykseen. (Monsen 1992, 26.) Mikäli tunteita ei saada lihaksia jännittämällä hallintaan, niitä saatetaan torjua pois mielestä nieleskelemällä hengityskatkosten aikana (Martin ym. 2010, 67). Rintakehä voi myös jäädä pysyvästi laajentuneeseen sisäänhengitysasentoon, kun henkilö ei ahdistusta herättävän tilanteen jälkeen uskalla vapauttaa hengitystään (Monsen 1992,

26). Krooniset lihasjännitykset ovatkin hyvin tavallisia, sillä hengitystä, tunteita ja halua säädellään lihasten avulla (Martin ym. 2010, 68). Tunteiden ylisäätelyyn liittyy tyypillisesti myös estoisuutta sekä tunteiden sanallisen kuvaamisen ja syvällisen ymmärtämisen vaikeuksia. Onnistuneessa tunteiden säätelyssä ihminen kykenee kohtaamaan tunteensa avoimin mielin, eikä koe tunteita ja niihin liittyvää käyttäytymistä stressaavaksi tai häiritseväksi. (Metsäpelto & Feldt 2010, 146.)

Aito itse on pohjimmiltaan ruumiillinen ja kehittyy ja vahvistuu riittävän kannattelevissa oloissa. Mikäli ihminen joutuu ylisopeutumaan, voi syntyä epäaitous, joka suojaa aitoa itseä suojamuurin tavoin. Ihminen saattaa kehittää suojakseen myös lihasten jännittämisen turvan sekä pidättää hengitystään ylläpitäen illuusiota siitä, että asioita voi kontrolloida ilman psyykkistä työstämistä. Hengitystä salpaava jännittäminen lisää taas uhan tunnetta ja kontrollin tarvetta. (Martin ym. 2010, 66–67.) Epätasapainoinen hengitystapa ehdollistuu usein herkästi, jonka vuoksi krooninen hyperventilaatio voi jatkua, vaikka fyysinen tai psyykinen stressitekijä olisi jo poistunut (Martin ym. 2010, 28). Ihminen saattaa tiedostaa olevansa noidankehässä, mutta tie ulos noidankehän toistamisesta on vaikea löytää ilman apua. Epätasapainoisen hengityksen noidankehän (kaavio 2) myötä asiakas voi oppia hahmottamaan tapaansa reagoida hengityksellään ja löytää keinoja ulos kehästä esimerkiksi rauhoittelevan hengityksen, tynnyttelevän sisäisen puheen tai uudenlaisten suhtautumis- ja toimintatapojen myötä. (Martin ym. 2010, 85–86.) Asiakkaani ovatkin kokeneet kaavion selkeyttävän omia reaktiotapoja sekä auttavan motivoitumaan muutokseen ja hengitysterapeuttiseen työskentelyyn.



Kaavio 2. Epätasapainoisen hengityksen noidankehä

4 HENGITYS MIELEN PEILINÄ

4.1 Hengityksen ongelmat ahdistuneisuudesta ja paniikkioireista kärsivällä

Stressiin ja ahdistukseen liittyy usein epätasapainoinen hengitystapa (Martin ym. 2010, 35). Psykiatriassa puhutaan ahdistuneisuushäiriöstä, jolloin sana ahdistus voi tarkoittaa mielen ahdinkoa tai vaikeutunutta hengitystä eli hengenahdistusta. Mielen ahdinkoa ja ruumiillisesti oireilevaa ahdistusta voi olla vaikea erotella toisistaan ja usein kysymys onkin molemmista samaan aikaan. Riippuen ahdistuksen voimakkuudesta ja kyvystä havaita mitä ruumiissa tapahtuu, psyykinen ahdistus, kuten muutkin tunteet koetaan ruumiissa vaihtelevissa määrin. (Martin ym. 2010, 45.) Stressiä tai ahdistuneisuutta kohdanneilla ihmisillä on tapana rajoittaa hengitystään sen sijaan, että hengitys laajenisi sen mahdollisuuksien huippuunsa. Stressin tai ahdistuksen vallassa ihmiset hengittävät yleensä nopeasti ja pinnallisesti. Stressaantunut tai ahdistunut ihminen katkaisee ulos hengityksensä hengittäääkseen uudelleen sisäänpäin. (Wilkinson ym. 2002, 2-4.) Hätäantyneellä tai ahdistuneella suun kautta hengittäminen on yleistä (Martin ym. 2010, 17). Mikäli ihminen ei kykene kohtaamaan ahdistuneisuuden tunnetta, hyperventilaatiosta voi tulla psyykkisen ahdistuksen vastine. Hyperventilaatio voi toimia ajatukset ja tunteet pois pyyhkivänä mekanismina, jolloin ruumiillinen reagointi antaa etäisyyttä ahdistuksen lähteestä. (Martin ym. 2010, 47.)

Ahdistuneisuushäiriö on riskitekijä mielenterveyden sekä somaattisen terveyden kannalta. Ahdistuneisuushäiriöt koetaan herkästi ruumiilliseksi vaivaksi ja tutkimusten mukaan jopa yli 80 % perusterveydenhuollon ahdistuneisuushäiriöpotilaista kuvaakin vaiivan ruumiillisena. Pitkittyessään ahdistuneisuushäiriön rinnalle kehittykin usein muita psykiatrisia häiriöitä. (Halkola ym. 2009, 62.) Ahdistuksen hoitamiseen käytetään erilaisia rentoutusmenetelmiä, sillä ahdistus ilmenee voimakkaana jännitystilana sekä psyykkisellä että fyysisellä tasolla. Rentoutusharjoituksilla pyritään siihen, että asiakas oppii soveltamaan rentoutumisen keinoja arkeen aikaisemmin uhkaavina pitämässään tilanteissa turvautumatta oireisiinsa. (Charpentier 2004, 3272.)

Tutkimuksien mukaan asiakkailla, joilla paniikkihäiriön kriteerit täyttyvät, hengitysilman hiilidioksiditaso on usein matala kohtausten väliaikanakin, viitaten krooniseen hyperventilaatioon. Asiakkailla, joilla on hyperventilaatiokohtauksia täyttävät usein myös

paniikkihäiriön diagnostiset kriteerit. (Martin ym. 2010, 34–35.) Varhain opitut hengitystävät sekä muut suojautumistavat aktivoituvat automaattisesti myös aikuisuudessa koetuissa uhkatilanteissa (Martin & Seppä 2011, 100). Paniikkikohtauksen aikana ihminen kokee usein menettävänsä sekä mielen että ruumiin toimintojen hallinnan, joka voi muistuttaa lapsuudessa koetuista avuttomuuden hetkistä, joihin ei saanut sopivaa apua ja myötätuntoa (Martin ym. 2010, 46). Paniikkikohtauksiin liittyy usein yksinjäämisen pelko ja turvattomuuden tunne. Psykofyysisen terapian tavoitteena onkin auttaa ihmisiä tunnistamaan tekijöitä, jotka aiheuttavat paniikinomaista ahdistusta. (Martin ym. 2010, 48.)

4.2 Stressi, jännittäminen ja pelot hengitystä vaikeuttamassa

Sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä pelko voi saada aikaan myös paniikki- tai ahdistuskohtauksen, mutta uhkaa tuottavat merkitykset liittyvät korostuneesti toisen seuraan. Sosiaalisista peloista kärsivät kokevat usein toisen seurassa häpeän tunteita, riittämättömyyttä ja arvottomuutta. Jännitysongelmien ja siihen liittyvän epätasapainoisen hengitystävän syntyyn vaikuttavat kokemukset vuorovaikutussuhteissa. Jännittämisen tuntemukset saattavat myös voimistaa elämäntilanteen muutosten ja siihen liittyvän tiedostamattoman stressin myötä. Pelot ja turvattomuuden tunne ovat ruumiillisella tasolla yhteydessä hengityksen muutoksiin ja lihasten jännittämiseen. Jännityksen kokeminen puolestaan usein vaikeuttaa tunneilmaisua ja laukaisee häpeän ja huonommuuden tunteita. Jännittäjä alkaakin pelkojensa vuoksi vältellä jännitystä aiheuttavia sosiaalisia tilanteita. (Martin ym. 2010, 48–49, 134.)

Stressin lisääntyminen saa aikaan epätasapainoista hengittämistä, pinnallista hengittämistä ja hyperventilaatiota. Pitkittyneessä stressissä hengityksen yliaktivaatio voi jäädä päälle ja ihminen voi olla jatkuvassa taistelu-pako-tilassa. (Martin ym. 2010, 42–43.) Hengityslihakset voivat jännittyä varuillaanolosta (Martin ym. 2010, 22). Post-traumaattisesta stressireaktiosta (PTSD:stä) kärsivällä ihmisellä voidaan havaita yliviheyden oireita, kuten ärtymystä, vihanpuuskia, keskittymisvaikeuksia, unettomuutta, lisääntynyttä valppautta, varuillaanoloa ja säpsähtelyä. PTSD:een oireisiin kuuluu myös jatkuvia muistikuvia, hetkellisiä voimakkaita aistimellisiä takautumia, psyykkistä herkistymistä, painajaisunia sekä ahdistuneisuutta, tilanteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta. (Halkola ym. 2009, 62.) Psykofyysisissä terapiamenetelmissä voidaan

käyttää muun muassa lihasten jännittämistä tietoisesti hyväksi hillitsemään traumamielikuvien mieleentuloa tai sietämättömän voimakkaita tunteita (Martin ym. 2010, 23). Harjoitteet, jotka edistävät levollisuuden tunnetta, lujutta sekä vahvistavat läsnäoloa ovat hyödyllisiä PTSD:n oireista kärsiville (Rothschild 2000, 137).

Vaikeassa vaaratilanteessa manteliumake aktivoituu ylikierroksille nostaan verenpainetta, nopeuttamalla sydämensykyttä sekä lisäämällä lihasten verenkiertoa ja adrenaalin tuotantoa. Hormonaalisen toiminnan huomattava muutos vaikeuttaa hippokampuksen toimintaa ja muistiin painamisen toiminto häiriintyy aiheuttaen omalta osaltaan post-traumaattisia oireita ja häiriöitä. (Halkola ym. 2009, 65–67.) Muistisysteemien integraatio ei toimi riittävästi traumaperäisessä oireilussa, jolloin traumasta muistuttavat tekijät voivat aktivoida implisiittisen muistin, mutta ihminen ei kykene muistamaan mihin oireet kehon muistissa liittyvät (Sinkkonen & Kalland 2011, 26). Ihminen kantaa ruumiinmuistissaan sen, mitä ei voi palauttaa mieleen eikä unohtaa (Martin & Seppä 2011, 99). Muisto traumaattisesta kokemuksesta saattaakin elää ihmisessä epämääräisenä ruumiillisena kokemuksena tai siitä nousevana pelon tai inhon tunteena, johon ihminen ei saa itselle ymmärrettävää kosketusta. Psykiatriassa traumaattisen tapahtuman erillisuus ja tavoittamattomuus nimetään dissosiaatioksi. (Halkola ym. 2009, 65–67.) Fysioterapiassa olen usein törmännyt tähän kahtia jakoon, jossa ihminen kokee psyykkisen ja kehollisen oireilunsa täysin erillisinä asioina. Psykofyysisen lähestymistavan kautta on mahdollista löytää ymmärrystä siihen, miten kehon ja mielen reaktiot vaikuttavat toisiinsa.

4.3 Uupumus, univaikeudet ja masentuneisuus

Psykososiaalisen stressin ja masennuksen aiheuttamat muutokset elimistössä ovat hyvin pitkälti samanlaisia. Mikäli työuupumuksen ja masennuksen eroja tarkasteltaisiin vain kehon näkökulmasta elimistön toimintahäiriöinä, pitkäaikainen psykososiaalinen stressi ja masennus voitaisiin katsoa samaksi asiaksi. (Lehto S. 2012, 3539.) Stressihormonien jatkuvalla erityksellä on haitallisia vaikutuksia eri elinjärjestelmiin. Myös pitkään jatkuva kokemus hallinnanpuutteesta voi olla immuunijärjestelmälle tuhoisa. (Martin ym. 2010, 43.) Sääteilyjärjestelmien normaalitoimintaa edistävinä tekijöinä voidaan pitää rentoutumisen harjoittelua yksilön mielekkääksi kokemin menetelmin sekä sosiaalista tukea ja mahdollisuutta läheisyyteen (Lehto S. 2012, 3539).

Tunteiden tukahduttaminen sekä kielteisten tunteiden ja niihin johtaneiden asioiden passiivinen vatkominen vaikuttaisi olevan haitallista sekä fyysiselle että psyykkiselle hyvinvoinnille (Metsäpelto & Feldt 2010, 149). Tunteiden tukahduttaminen lisää muun muassa jännitystä hengityslihakissa (Martin ym. 2010, 22). Hengityksen pidättäminen voi liittyä tunteiden pidättämiseen tai ihmisen pyrkimykseen pysyä näkymättömänä. Hengityksen pidättäminen voi olla seurausta akuutista tilanteesta tai syvälle juurtuneista persoonallisuuden ominaisuuksista johtuvista tavoista olla itsensä kanssa. (Martin ym. 2010, 28.) Kiltteydelle, suorittamiselle ja tekemiselle rakentunut identiteetti on tyypillinen hengityshäiriöistä kärsiville. Hengityshäiriöistä kärsivä on usein oppinut sivuuttamaan omat tarpeensa laittaessaan toiset aina etusijalle. Tällöin tietoisuus itsestä saattaa jäädä kehittymättömäksi. (Martin & Seppä 2011, 130.) Masennustilan tyypillisiä oireita ovat mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen ja itsearvostuksen menetys sekä alakuloisuus. Masentuneella ihmisellä voi esiintyä kohtuutonta itsekritiikkiä, perusteetomia syyllisyydentunteita sekä itsetuhoon liittyvät ajatuksia tai käytöstä. (Lönngqvist, Henrikson, Marttunen & Partonen 2011, 155–156.) Depressiiviset mielikuvat voivat niukentaa myös hengitystä, kun taas hyväksyvä myönteinen mielikuva rauhoittaa elintoimintoja (Martin ym. 2010, 84).

Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunteet, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys sekä unihäiriöt ovat tyypillisiä masennuksesta kärsiville (Lönngqvist ym. 2011, 155–156). Osa unettomuuden hoitomenetelmistä tähtää toimintatapojen muuttamiseen, kuten unirytmien säännöllistämiseen, elämäntapamuutoksiin sekä nukkumista edistävien ulkoisten olosuhteiden luomiseen. Myös rentoutumisella on todettu saavutettavan hyviä tuloksia unettomuuden hoidossa. Progressiivinen lihasrentoutus, meditaatio ja autogeeninen rentoutus on todettu hyödyllisiksi unettomuudesta kärsivien asiakkaiden hoidossa. (Unettomuus: Käypähoito – suositus 2008, 1788.) Unettomuudesta kärsivälle sympaattisen hermoston ylivireystila on tyypillistä. Ylivireystila vaikuttaa myös tunteisiin ja mielialoihin. Kehontuntemuksen kehittyessä kyky rauhoittaa ylivireystilassa olevaa kehon säätelyjärjestelmää elpyy, jonka myötä parempi uni-valverytmien hallinta voi mahdollistua. (Bodymind 2013.) Monet asiakkaani ovat hyödyntäneetkin psykofyysisessä hengitysterapiassa oppimiaan rauhoittumisen ja rentoutumisen keinoja vireystilan laskemiseksi ja nukahtamisen helpottumiseksi. Osa asiakkaista kokee kuitenkin rauhoittumisharjoitteisiin ja mielikuviin keskittymisen haasteelli-

sena, jonka vuoksi univaikeuksista kärsivien asiakkaiden fysioterapia sisältää myös ohjausta ja neuvontaa uneen vaikuttavista muista tekijöistä, joihin asiakas voi omalla toiminnallaan vaikuttaa.

4.4 Kipu hengityksen virtaamista vaikeuttamassa

Kipua kokiessa tärkein kivunsäätelykeinomme on itsemme rauhoittelu, joka liittyy vuorovaikutussuhteessa saamaamme hoivaan ja lohdutukseen. Tiedostamattomat sisäiset vuorovaikutusmallit aktivoituvat kipua kokiessamme heijastuen siihen, miten itseen ja oireisiin suhtaudutaan ja miten apua haetaan. Ihminen reagoi yleensä akuuttiin, kovaan kipuun myös hengityksellään, hengitys saattaa kiihtyä, ihminen voi kokea hengenahdistusta tai pidättää hengitystään. Hyperventilaatio toimii akuutissa tilanteessa sekä ruumiin että mielen kipujen puuduttajana ja lievittäjänä. Jatkuessaan hyperventilaatio kuitenkin voimistaa kipukokemusta. Kivunsäätelyssä on todettu hyödyllisiksi erilaiset hengitys-, tietoisuustaito- rentoutus- ja mielikuvaharjoitteet. (Martin ym. 2010, 50–51.)

Psyykinen rakenne ja ajankohtaiset psyykkiset häiriöt vaikuttavat luonnollisesti kivun kokemuksellisiin reaktioihin. 65 %:lla masennuspotilaista on todettu häiritseviä kipuoireita. (Räsänen 2012, 3654.) Koska fyysinen ja emotionaalinen kipu prosessoidaan aivoissa samalla alueella, kivun lähde saatetaan paikantaa myös väärin ja kipu voi kroonistua (Martin ym. 2010, 50–51). Kroonisen kivun ehdollistuttua psyykkiset tekijät voivat aktivoida kivun muistijäljen aiheuttaen kipukokemuksen, vaikka kudosaauriota ei todettaisi (Räsänen 2012, 3654- 3655). Kroonisessa kipuoireyhtymässä kipuradat eivät toimi normaalisti (Martin ym. 2010, 51). Erityisesti fibromyalgiaa sairastavilla kipukokemukset saattavat voimistua ja oireet pahentua stressin yhteydessä (Sandström, 2010, 187).

Kivun ja stressin hallinnassa on olennaisen tärkeää saada elimistö rauhoittumaan ja rentoutumaan, sillä pitkittyneenä stressi on riskitekijä sekä psyykkiselle että fyysiselle terveydelle (Sandström, 2010, 187). Hengitysharjoituksilla, rentoutumisella ja lihasten manuaalisella käsittelyllä on kipuratojen toimintaa normalisoiva ja lihasten dynamiikkaan muuttava vaikutus. Psykofyysisen hengitysterapian tavoitteena on opettaa uudenlaista suhtautumista kipuun ja jännitykseen. Mahdollisuudet elpymiseen paranevat, kun ihminen oppii hengittämään levollisesti kivusta huolimatta. (Martin ym. 2010, 54.)

Kroonisista kivuista kärsivät asiakkaani ovatkin kokeneet erityisesti hengitysharjoitteet hyödyllisinä kivun hallinnassa.

4.5 Selittämättömät ruumiilliset oireet psyykkisestä tilasta kertomassa

Selittämättömät oireet ovat pitkäaikaisia, voimakkuudeltaan vaihtelevia ruumiillisia oireita, joille ei löydy selvää orgaanista syytä. Selittämättömästi oireilevalla asiakkaalla esiintyy tavallisimmin eripuolilla elimistöä olevia kipuja, kuten päänsärkyä, tuki- ja liikuntaelimistön kipuja tai rintakipua. Lisäksi asiakkaalla voi esiintyä vatsan turvotusta, väsymystä, huimausta, vapinaa, tykytyksiä, hengenahdistusta tai tunnottomuutta. (Räsänen 2012, 3653.) Selittämättömästi oireileva asiakas hakee ensisijaisesti apua fyysisiin oireisiin, sillä fyysisen vaivan takia on usein helpompi hakeutua hoitoon sekä saada hoivaa ja huomiota. Tutkimuksia vaikeuttavat usein somatisoivien asiakkaiden tapa kiinnittyä fyysisiin oireisiin sekä vaikeus hyväksyä psyykkisten tekijöiden osuus oireilussa. Selittämättömästi oireilevien asiakkaiden on todettu hyötyvän mielenterveysalan ammattilaisten antamasta hoidosta. Pitkä hoitosuhde voi auttaa psykososiaalisen tilanteen merkityksen ja yhteyden tunnistamista oireiluun sekä mahdollistaa luottamuksen syntymisen, jolloin myös psyykkiset tekijät voidaan ottaa puheeksi ja mahdollistaa prosessointi mielen ja kehon yhteyksistä oireiluun. (Räsänen 2012, 3656–3657.) Psykofyysisen hengitysterapian tärkeänä työskentelykohteena onkin tunteiden tunnistaminen, koska nimeämättömät tunteet saattavat jäädä kehon kannettavaksi jännitys- ja ahdistusoireina, koska ne eivät ole säätelykeinojemme piirissä (Martin ym. 2010, 133).

Selittämättömiä oireita esiintyy väestössä noin viidenneksellä ihmisistä. Erikoissairaanhoidossa 30–50%:lla potilaista esiintyy selittämättömiä oireita, joista kahden kolmasosan oireet lievittyvät. Erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tulevilla potilailla oireet ovat pysyvämpiä ja vaikeampia. Hyvinkin vaikean fyysisen oirekuvan takana voi olla psykiatrinen häiriö. 25–50%:lla toiminnallisesti oireilevista potilaista onkin todettu masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Käytännössä kuitenkin kaikilla ihmisillä esiintyy erilaisia ruumiillisia tuntemuksia ja vaivoja, mutta oireisiin suhtautumisessa on hyvin suurta vaihtelua. (Räsänen 2012, 3653–3654.) Ahdistunut ihminen käyttää yleensä aistejaan oireiden tarkkailemiseen sen sijaan, että aisteja käytettäisiin realiteetin testaamiseen (Martin ym. 2010, 148). Hyväksyvän läsnäolon harjaantuminen lisää sallivuutta itseä kohtaan ja tukee todellisuuden havaitsemista. (Martin ym. 2010, 132).

4.6 Kehonkuvahäiriöt ja hengityksen kontrollointi

Ihminen arvioi jatkuvasti kokemuksiaan kehostaan, jaksamisesta, hyvänolon kokemuk-
sista ja kehon kyvyistä. Itseensä kohdistetut asenteet ja vaatimukset sekä mielikuvat
kehosta käyvät ikään kuin vuoropuhelua todellisuuden kanssa. Itsensä hahmottamisen
lisäksi, samankaltaisuus, sekä ryhmään kuulumisen muokkaavat kehonkuvaa lapsesta
lähtien, mutta myös sairaudet muovaavat jo syntyneitä käsityksiä kehosta uudelleen.
(Herrala ym. 2008, 29 - 30.) Ihmisen kehonkuva voi rakentua hyvin kielteiseksi, kont-
rolloivaksi, passiiviseksi tai väistäväksi (Martin ym. 2010, 52). Negatiivinen kokemus
itsestä ja jatkuva kontrollointi uuvuttaa ja vahvistaa ei-toivottuja ajattelu- ja toiminta-
malleja (Bodymind 2013). Negatiivinen kehonkuva ja tyytymättömyys omaan kehoon
ovat määritelty riskitekijöiksi muun muassa masennukseen, ahdistukseen ja syömishäi-
riöihin (Peat ym. 2008, 344). Ruumiinkuvan hahmotusta edistävät psykofyysiset terapiat
saattavat lievittää myös skitsofreniaa sairastavan asiakkaan ahdistuneisuutta ja negatiivi-
sia oireita (Skitsofrenia: Käypähoito – suositus 2013). Psykofyysisen hengitysterapian
yhtenä tavoitteena onkin ruumiinkuvan selkeyttäminen (Martin ym. 2010, 64).

Syömishäiriötä sairastavilla negatiivinen kehonkuva vaikeuttaa hyvän ja huonon olon
tunnistamista, jonka vuoksi syömishäiriötä sairastavien fysioterapiassa pyritäänkin tasa-
painottamaan kehon aistijärjestelmää (Bodymind Oy, 2010). Pelko ja ahdistusoireet
heikentävät syömishäiriötä sairastavan kykyä suhtautua realistisesti syömiseen, omaan
kehoon ja suoriin, lisäten taipumusta havaita epätäydellisyyksiä itsessään (Char-
pentier 2004, 3269 – 3271). Käypähoitosuosituksen mukaan fysioterapia osana syö-
mishäiriöpotilaan hoitoa nähdään hyvänä (Syömishäiriöt: Käypähoito – suositus 2009).
Syömishäiriötä sairastavan fysioterapiaan kuuluu olennaisesti rentoutumisen harjoittelu,
jolla pyritään ruumiinviestien tunnistamiseen ja arvostamiseen, sekä ahdistuksen, ma-
sennuksen ja stressin lievittämiseen (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2009, 6). Psykofy-
ysisen lähestymistavan kautta voidaan auttaa asiakasta käyttämään eri aistikanavia ym-
märtääkseen ja hahmottaakseen realistisemmin omaa kehoaan. Kehon aistiminen, tun-
teminen ja kokeminen voivat rohkaista asiakasta kyseenalaistamaan sairauden muok-
kaamaa ajattelumallia. (Bodymind 2013.)

Syömishäiriötä sairastavan asiakkaan fysioterapia voi sisältää terveitä elintapoja edistä-
viä venyttelyjä, lihasten joustavuutta lisääviä harjoituksia sekä ohjausta rentoutushar-

joitteluun ja kohtuulliseen liikuntaan. Psykofyysinen fysioterapia on prosessi, jossa työskennellään ruumiin ja sen tuntemusten kanssa. Tavoitteena on saada potilas rauhoittumaan ja kokemaan omaa ruumiillisuuttaan. Tarkoituksena on myös, että asiakas oppii mieltämään kohtuullisen liikunnan itsensä hoidon välineenä ja purkamaan ahdistustaan muiden keinojen avulla. (Syömishäiriöt: Käypähoito – suositus 2009.) Onkin havaittu, että opettamalla syömishäiriötä sairastaville konkreettisia, terveyttä tukevia ahdistuksenhallintakeinoja syömishäiriöoireiden tilalle syömishäiriötä sairastavan hoito on merkittävästi tehokkaampaa (Charpentier 2004, 3269 – 3271). Asiakas voi oppia luottamaan itseensä oman kokemuksensa kautta saadessaan onnistumisia ja positiivisia kokemuksia. Asiakasta tuetaan myös löytämään hyvää oloa omasta kehostaan ja suhtautumaan siihen lempeämmin ja hyväksyvämmiin. (Bodymind 2013.)

5 PSYKOFYYSINEN HENGITYSTERAPIA SALON AIKUISPSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA

5.1 Asiakkaan ohjautuminen psykofyysiseen hengitysterapiaan

Työskentelen ainoana fysioterapeuttina Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla, joten tarjoan fysioterapiapalveluita kaikille työryhmille poliklinikallamme. Salon aikuispsykiatrian poliklinikka on jaettu eri asiakasryhmiin keskittyviin työryhmiin, jotka ovat konsultaatiotyöryhmä, mielialahäiriötyöryhmä ja mielialahäiriöpäiväyksikkö, psykoosityöryhmä ja psykoosipäiväyksikkö sekä vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmä. Lisäksi tarjoan psykofyysisen fysioterapian palveluita myös Salon nuorisopsykiatrian poliklinikalle työajastani 10 % verran. Käytännössä asiakkaat, joille lähettävä taho suosittelee Hengityskouluryhmää tai psykofyysistä hengitysterapiaa yksilökäynteinä tulevat suurimmaksi osaksi mielialahäiriötyöryhmästä ja konsultaatiotyöryhmästä. Näissä työryhmissä asiakaskunta koostuu muun muassa ahdistuneisuudesta, paniikkihäiriöstä, masennuksesta, sosiaalisesta jännittämisestä kärsivistä tai vaikeassa elämäntilanteessa olevista asiakkaista.

Fysioterapeutin arvioon ohjautuvat usein asiakkaat, joilla epätasapainoinen hengitystapa on selvästi havaittavissa vastaanotolla tai asiakkaat, jotka tuovat itse esiin paniikkioireita tai kohtauksellista ahdistuneisuutta. Fysioterapiaan tullessa syyt hengityksen vaikeutumiselle voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia. Osa asiakkaista ohjautuu polikliniseen 12 kerran Hengityskouluryhmään tai yksilöterapiaan osallistuttuaan Mielialahäiriö päiväyksikön 7 viikon kuntoutuskurssilla psykofyysiseen hengitysterapiaryhmään. Asiakkaat tulevat fysioterapeutin arvioon lääkärin kirjoittamalla fysioterapialähetteellä. Joissain tapauksissa ensitapaaminen asiakkaan kanssa voi toteutua lääkärin tai hoitajan vastaanottokäynnin yhteydessä. Asiakkaalle voidaan tällöin kertoa psykofyysisen fysioterapian ja hengitysterapian menetelmistä ja suunnitella yhdessä asiakkaan kokonaishoitoa. Erityisesti sosiaalisten jännittäjien kohdalla ensitapaaminen tutun hoitavan henkilön kanssa voi olla asiakkaalle turvallisempi aloitus yhteistyölle fysioterapeutin kanssa.

5.2 Yksilölliset arviointikäynnit fysioterapeutin vastaanotolla

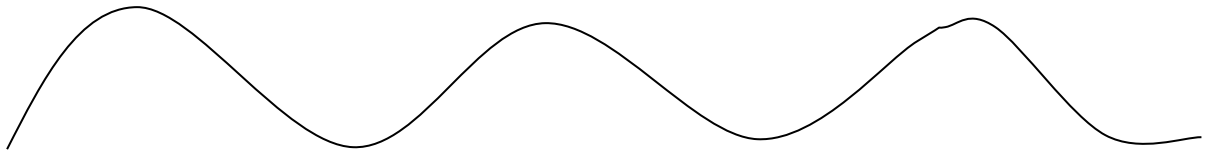
Saatuani asiakkaasta lähetteen fysioterapia-arvioon otan asiakkaaseen puhelimitse yhteyttä. Puhelimesta voin kertoa asiakkaalle lyhyesti minkälaisesta terapiamuodosta on kyse ja mitä ensimmäisellä kerralla on tarkoitus tehdä. Rauhallisella puheella ja selkeillä ohjeilla voin luoda pohjaa terapiasuhteelle ja turvallisuuden tunteelle. Mikäli en saa asiakkaaseen yhteyttä puhelimitse, laitan hänelle ajanvarauskirjeen postitse kotiin. Yksilöllisiä arviokäyntejä on asiakkaasta riippuen 2-5 kertaa. Tapaamisten aikana voidaan arvioida hyötyisikö asiakas psykofyysisestä hengitysterapiasta yksilökäynteinä tai ryhmämuotoisesti. Arviointikäyntien aikana asiakkaat voivat saada alustavaa käsitystä psykofyysisestä lähestymis- ja työskentelytavoista, jonka pohjalta asiakkaat voivat pohtia myös omaa kiinnostusta ja motivaatiota sitoutua varsinaiseen terapiajaksoon.

Alkuhaastattelulla luodaan pohja suhteelle asiakkaan kanssa, joten se on hyvin tärkeä aloitus prosessille. Oma asennoituminen välittyy toiselle sanattomasti, joten se on hyvin tärkeää suhteen muodostumisen kannalta. (Martin & Seppä 2011, 38.) Rauhoittavalla hyväksyvällä katseella ja levollisella hengityksellä voidaan luoda potentiaalista tilaa ja kokemusta siitä, ettei ole mitään hätää (Martin ym. 2010, 78). Aito kontakti voi syntyä siitä, että asiakas saa itse kertoa tarinansa. Alkuhaastattelussa asiakkaalta kartoitetaan oireiden alkamisajankohta, mahdolliset oireilun alkamiseen liittyvät elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset sekä nykyiset perhesuhteet. (Martin & Seppä 2011, 38–39.)

Asiakkaan tarinan kuulemisen jälkeen on aika tutustua asiakkaan hengitykseen. Lähtökohtana on, että jokainen meistä hengittää ja elää kulloinkin parhaalla mahdollisella tavalla. Hengitystapaan voidaan tutustua asiakkaan hengitystä käsillä kuunnellen. Hengitystä tutkiessa voidaan kiinnittää huomiota hengityksen rytmiin, rintakehän jännitteisiin, uloshengityksen jälkeiseen taukoon sekä liikkumattomiin ja jäykempiin kohtiin. (Martin & Seppä 2011, 39–40.) Pystyasennossa spontaani hengitys keskittyy pääasiallisesti keskiylävaltsaan, ja siihen kuuluu pieni myötäliike rintakehän alaosassa. Makuuasennossa hengitys muuttuu syvemmäksi ja selvemmin nähtäväksi. Hengityksessä tulisi näkyä koko hengitysaalto. Poikkeamat hengitysaallossa kertovat, että hengitys on jostain syystä estynyt. (Monsen 1992, 27.) Nenän kautta hengittäminen aktivoi pallean toimintaa. Rauhallinen sisäänhengitys alkaakin pallean supistumisella, josta hengitysliekin laajenee aaltomaisesti lantion suuntaan ja rintakehään. Lepotilassa uloshengitys tapah-

tuu passiivisesti, jonka myötä pallea ja sisäänhengityksessä mukana olleet lihakset pääsevät rentoutumaan ja palaamaan niiden alkuperäiseen asentoon. Kun ihmisellä on rauhallinen olo, uloshengitysvaihe on pidempi kuin sisäänhengitys. (Martin ym. 2010, 17–18.)

Hengityksen tutkimisen jälkeen piirretään kuva asiakkaan sen hetkisestä hengitystavasta (Martin ym. 2010, 100). Hengitykseen tutustumisessa ja sen tutkimisessa olen käyttänyt mielikuvaa merenaallosta, jota yhdessä asiakkaan kanssa olemme piirtäneet (kuvio 2) konkretisoimaan asiakkaan kokemusta omasta hengityksen aallosta sekä fysioterapeutin havaintoja hengitystavasta. Asiakkaat tulevat piirtämisen myötä usein tietoisemmaksi siitä, millä tavoin oma hengitys on vaikeutunut. Olen asiakkaideni kanssa piirtänyt hengityksen aaltoa myös kuvaamaan hengitystä sekä lepotilassa että ahdistuneena, stressaantuneena tai jonkun voimakkaan tunnetilan aikana. Asiakkaat usein tunnistavatkin, miten suuressa roolissa hengitys on tunnetilojen aikana.



Kuvio 2. Hengityksen aallon piirtäminen asiakkaan kanssa

Silloin kun hengitystä ei varsinaisesti tutkita, omaa ja toisen hengitystä voi havainnoida myös muissa arkisissa tilanteissa tai terapiasuhteessa. Vuorovaikutustilanteessa huomio voidaan kiinnittää ihmisen tapaan puhua. Ihmiset saattavat puhua taukoamatta, erittäin kovalla äänellä tai äänettömästi. Vuorovaikutustilanteessa voidaan kiinnittää huomiota myös erilaisiin tunnetilaan tai tilanteeseen sopimattomiin ilmeisiin ja maneereihin, joihin liittyy jännitykset lihaksistossa sekä vaikutus hengitykseen. (Martin & Seppä 2011, 44.)

Mikäli mietitään hyötyisikö asiakas ryhmämuotoisesta psykofyysisestä hengitysterapiasta, arviokäynneillä on tärkeää miettiä asiakkaan vahvuuksia sekä riskejä ryhmän jäsenenä. Ryhmään valitessa vahvuuksia ovat esimerkiksi aiemmat hyvät ryhmäkokemukset sekä valmius sitoutua ryhmään koko ajaksi. Vahvuudeksi voidaan myös ajatella helppo-

us kahdenkeskeisessä kontaktissa arviointikäynneillä. Mikäli asiakkaalla on aiemmissa ryhmissä tai yksilökäynneillä esiintynyt paljon poissaoloja ryhmän aloittamista on hyvä miettiä tarkkaan. Ryhmään valitessa riskien merkkejä voi myös asiakkaan liiallinen ahdistuminen ryhmissä tai jo yksilökäynnillä. Akuutissa kriisissä, itsemurhavaarassa olevat, päihdeongelmaiset tai paranoidiset eivät sovellu lyhytkestoisiiin ryhmiin. (Martin & Seppä 2011, 43.)

Yksilöterapiassa sekä ryhmän yksilöllisillä alku- ja jälkiarviokäynneillä kartoitan asiakkaideni kokemuksia haastattelemalla. Terapiajakson alussa sekä lopussa käytän myös erilaisia mittareita tiedon keruuseen ja asiakkaiden sen hetkisen tilanteen kartoittamiseen. Jälkiarviokäynnillä tai ryhmän päättyessä kartoitan haastattelemalla, mitä asiakas on hengitysterapiasta saanut, mikä on ollut vaikeaa, mihin on pettynyt, mikä on ollut turhaa, mitä jää kaipaamaan sekä mihin voi omassa työskentelyssään olla tyytyväinen.

5.3 Mittarit arvioinnin tukena

Asiakkaasta riippuen käytän arvioinnin tukena myös kyselylomakkeita ja mittareita oireiden ja kokemusten kartoittamiseen. Tärkeää on kuitenkin ensin antaa asiakkaalle itselleen tilaa ja aikaa kertoa vapaamuotoisesti tällä hetkellä hänen elämäänsä rajoittavista tekijöistä ja taustoista. Asiakkaan mukaan valitsen arvioinnin tueksi ja oireiden tarkempaa kartoittamista varten tilanteeseen soveltuvat kyselylomakkeet. Sosiaalisia tilanteita jännittävien asiakkaiden kanssa käytän alkuun enemmän kyselylomakkeita, mikäli asiakkaan on vaikea spontaanisti kertoa itsestään ja oireilustaan. Osa asiakkaista kokeekin kyselylomakkeiden pohjalta oireidensa sanoittamisen helpommaksi.

Nijmegenin hyperventilaatio-oireita kartoittavaa kyselylomaketta (liite 1) on käytetty paljon kansainvälisissä tutkimuksissa. Se on käyttökelpoinen seulontaväline, joka voi olla hyödyllinen niin työntekijälle kuin asiakkaallekin. Hyperventilaatio-oireyhtymään viittaavana pistemääränä on pidetty 23/64 pistettä tai enemmän. Seulontaoireilistojen pistemääriin tulee suhtautua kuitenkin varauksellisesti, sillä vaikka asiakkaan saama pistemäärä ei täyttäsikään seulontarajoja hoitoa vaativia oireita saattaa silti olla. Nijmegenin kyselyllä voidaan kartoittaa asiakkaalla esiintyviä epätasapainoisen hengitykseen liittyviä oireita ja niiden esiintymistiheyttä. (Martin ym. 2010, 33–34.) Tieto siitä, että monet kehon eri puolilla tuntuvat kummalliset oireet johtuvat ylihengittämisestä ja että

rauhallinen hengittäminen lievittää oireita voi koostaa yleistyneestä ahdistuksesta kärsivää asiakasta. (Martin ym. 2010, 35.) Työssäni olen käyttänyt lomaketta alku- ja lopputilanteen kartoittamiseen. Monet ahdistuneisuudesta kärsivät asiakkaani ovatkin kokeneet kyselylomakkeet myös tietoa lisäävinä ja lomakkeiden pohjalta oivaltaneet myös ahdistuneisuuteen liittyviä kehollisia reaktioita. BAI-ahdistuneisuuskysely (liite 2) on poliklinikallamme tutumpi muulle henkilökunnalle, ja voi antaa myös heille viitteitä kehollaan oireilevista asiakkaista, jotka voisivat hyötyä psykofyysisestä hengitysterapiasta.

Paniikkihäiriöstä kärsivien asiakkaiden kanssa olen käyttänyt Bournen Vapaaksi ahdistuksesta -työkirjasta tuttua paniikkikohtauksen ruumiillisia oireita kartoittavaa kyselyä (liite 3), jonka pohjalta asiakas voi arvioida miten rasittavaksi kunkin oireensa ruumiillisen kokee. Lomakkeen pohjalta, voidaan myös käydä läpi oireiden esiintymisjärjestystä, jotta asiakas oppisi tunnistamaan myös paniikkikohtausten ensioireita ja tyypillistä etenemistä. Asiakkaani ovat suhtautuneet myönteisesti lomakkeen täyttämiseen ja saaneet sen pohjalta kokemuksen, että muillakin voi olla samankaltaisia oireita, koska lomake on tehty. Paniikkikohtauksen aikaan esiin pyrkivät katastrofiajatukset ovat usein yhteydessä tiedostamattomiin ja negatiivisiksi koettuihin tunteisiin (Martin ym. 2010, 46). Katastrofiajatusten kartoittamiseen olen käyttänyt Bournen Vapaaksi ahdistuneisuudesta- teoksen lomaketta (liite 4). Paniikkioireista ja jännittämisestä kärsivillä ajatusten ja tuntemusten sanoittaminen on joskus haasteellista ja hyvin vähäistä, jolloin kyselylomakkeiden kautta voidaan saada laajemmin tietoa asiakkaan kokemuksista. Asiakkaan usein kokevat lomakkeiden täyttämisen myötä löytävänsä sanoja omille kokemuksilleen.

Psykofyysisessä fysioterapiassa työskennellään kehollisesta näkökulmasta, joten koen myös kehonkuvan kartoittamisen oleellisena osana arviointia. Kehonkuvapiirrosta voidaan käyttää yksilöterapiassa sekä ryhmissä. Kokemusta omasta kehosta voidaan vertailla terapian alussa ja lopussa tehtyjen piirrosten avulla. Mikäli asiakas ei kykene piirtämään mielikuvaa kehostaan, voidaan käyttää myös valmiita kuvia tai kipukuvapiirrosta, johon asiakas voi täydentää kehoonsa liittyviä ajatuksia, asenteita, aistimuksia, tunteita ja kokemuksiaan. Kehonkuvahäiriöistä kärsivien asiakkaiden kanssa olen käyttänyt myös BAT- Body attitude testiä (liite 5) kartoittamaan asiakkaan asennetta ja suhdetta omaan kehoon kohtaan.

5.4 Psykofyysinen hengitysterapia yksilötapaamisina

Psykofyysistä terapeutista hoitoa ei anneta useammin kuin kerran viikossa. On välttämätöntä, että ihmisellä on mahdollisuus sisäistää hengityksen ja lihaksiston muutokset, jotta puolustus ei laukea liian nopeasti. Liian nopea puolustuksen laukeaminen saattaa johtaa siihen, että henkilö jännittyy yhä enemmän. (Monsen 1992, 55.) Harjoitteluympäristön tulee olla turvallinen ja häiriötön (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2009, 6). Turvallisuuden tunteen heräämistä ja sisäistämistä edistää myös turvallisia mielikuvia herättävä terapiahuone (Martin ym. 2010, 168). Keskittyminen ja tietoisuuden merkitys korostuvat harjoittelussa, kun huomio kiinnitetään pysähtymiseen ja tietoiseen läsnäoloon. (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2009, 6.) Harjoitteiden jälkeen kyselen asiakkaiden sen hetkisiä tuntemuksia sekä harjoitteiden herättämiä ajatuksia, mielikuvia ja tunteita. Psykofyysinen hengitysterapia toteutuu yksilökäynteinä keskimäärin 10–15 kertaa asiakkaan voimavarojen, tarpeen, elämäntilanteen sekä omaksumisen mukaan.

Ihminen saattaa joissain tilanteissa jarrutella itse muutosta, jota terapiasta on tullut hakemaan. Muutoksen vastustaminen ja torjunta ovat kuitenkin tärkeitä mekanismeja, joiden avulla ihminen pyrkii ehkäisemään mahdollista uudelleen traumatisoitumista ja ylläpitämään mielen tasapainoa. (Martin & Seppä 2011, 75.) Fysioterapia toteutuu aluksi viikoittaisina käynteinä, joita voidaan tilanteen ja tarpeen mukaan loppua kohden myös harventaa. Osa asiakkaistani on kokenut hyötyneensä 10 tapaamiskerrasta riittävästi ja joidenkin kohdalla taas luottamuksellisen suhteen luominen vie pidemmän aikaa, jolloin myös terapeutin prosessi on luonnollisesti pidempi. Koen ajan antamisen ja asiakkaan tahdissa etenemisen erittäin tärkeäksi.

5.5 Ryhmämuotoinen psykofyysinen hengitysterapia

Hengitysongelmat syntyvät aina suhteessa toiseen ihmiseen, jonka vuoksi ongelmat nousevat myös ryhmässä herkemmin pintaan. Omien ongelmien merkitys voi normalisoida, kun asiakas kuulee muilla olevan samantapaisia kokemuksia. Ryhmä voi antaa yksilölle suojaa ja laskea suorituspainetta harjoitteiden tekemisessä sekä antaa mahdollisuuden harjoitella erilaisuuden ja erillisyyden sietämistä. (Martin & Seppä 2010, 22.) Ryhmätoiminnan sisältöön ja siihen, minkälaisia harjoitteita voidaan käyttää, vaikuttaa olennaisesti ryhmäläisten ikä ja psyykkisen häiriön syvyys. Turvallisuutta ja itsemää-

räämisoiikeutta lisää myös se, että ryhmäläiset saavat itse vaikuttaa harjoituksiin. Ryhmän alkaessa on tärkeää sopia yhteisistä pelisäännöistä, esimerkiksi luottamuksellisuuden säilyttämisestä, ettei ryhmän asioita jaeta ulkopuolelle. (Heinonen 2008, 33.)

Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla Hengityskouluryhmä toteutuu kaksi kertaa vuodessa, keväällä ja syksyllä. Hengityskouluryhmä kokoontuu yhteensä 12 kertaa. Yksilölliset alkuarviokäynnit toteutuvat kaksi kertaa ja ryhmän päättyessä sovitaan vielä yksilöllinen jälkiarviokäynti. Ryhmää edeltäville arviokäynneille tullaan lääkärin tai muun asiakasta hoitavan Salon aikuispsykiatrian poliklinikan työntekijän läheteellä. Ryhmään mahtuu kuusi henkilöä ja ryhmän kesto on jokaisella kerralla 90 minuuttia. Ohjaamani hengityskouluryhmä on suunnattu paniikkioireista, ahdistuneisuudesta tai jännittämisestä kärsiville Salon aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaille. Yhdistävänä tekijänä ryhmäläisille on joka tapauksessa kehollinen tapa reagoida psyykkiseen sairauteen tai elämäntilanteeseen. Ryhmän yhteisiä tavoitteita ovat oman hengitysrytmin löytäminen ja arvostaminen sekä hengitystä tasapainottavien keinojen oivaltaminen ja omaksuminen. Ryhmäläiset voivat oppia tunnistamaan ja hellittämään lihasjännityksiä ja purkamaan siten hengityksen esteitä. Ryhmässä työskentään pelkoja, ahdistusta ja jännitystä sekä pyritään vahvistamaan turvallisuuden tunnetta ja itsensä rauhoittamisen keinoja. Kehollisilla harjoitteilla pyritään kehotietoisuuden kehittymiseen ja kehonkuvan eheytymiseen. Ryhmässä pyrin antamaan riittävästi tilaa ja aikaa harjoitteista nousevien ajatusten, tuntemusten ja tunteiden jakamiseen joko pareittain tai koko ryhmän kesken.

Hyödynnän psykofyysisen hengitysterapian menetelmiä myös Salon aikuispsykiatrian poliklinikan mielialahäiriötyöryhmän päiväyksikön 7 viikon kuntoutusjaksolla, joka on suunnattu masennuksesta kärsiville. Kuntoutusjakson aikana ryhmä toteutuu viikoittain yhteensä 7 kertaa. Kuntoutuskurssilaiset on jaettu tällöin kahteen 5-6 hengen pienryhmään. Ohjaamani ryhmän kesto on 60 minuuttia. Ryhmässä tavoitteena on omaan hengitystapaan tutustuminen sekä hengitystä tasapainottavien keinojen oivaltaminen ja omaksuminen. Ryhmässä pyritään turvallisuuden tunteen lisääntymiseen sekä omien rajojen, erillisyyden ja tilakokemuksen hahmottumiseen. Ryhmän myötä pyritään siihen, että jokainen ryhmäläinen voisi oivaltaa jotain omasta tavastaan reagoida kehollaan eri tilanteissa ja tunnetiloissa. Ryhmässä erityisesti kehonkuvateema sekä tilakokemus ovat puhututtaneet masennusta sairastavia asiakkaita. Kuntoutusjaksolla olen kartoitta-

nut kurssilaisten kokemuksia ryhmän teemoista myös kirjallisesti viimeisellä kerralla, sillä ryhmään ei kuulu alku- eikä loppuhaastatteluita fysioterapeutin toimesta. Päiväyksiön kuntoutuskurssin asiakkaat ovat kokeneet ryhmän rauhoittumisen hetkenä. Erityisesti luvan antaminen olemiseen sellaisena kuin on, on vaikuttanut merkitykselliseltä.

5.6 Työskentelytavat psykofyysisessä hengitysterapiassa

5.6.1 Oleminen ja omaan kehoon tutustuminen

Psykofyysisessä hengitysterapiassa annetaan lupa olemiseen sanallisesti sekä rauhallisella hengityksellä, äänenkäytöllä ja puheen tauoilla. Aluksi hengitysharjoitteita merkityksellisempää on antaa tilaa ihmettelylle ja kuulostelulle, mitä itsessä tapahtuu omia ruumiillisia aistimuksia arvostaen. (Martin ym. 2010, 165.) Hengitysterapian alussa tarjotaan apua pysähtymiseen ja omien tuntemusten kohtaamiseen ja arvostamiseen (Martin ym. 2010, 133). Hengitysterapiassa kannustetaan hyväksyvään läsnäoloon ja hellitetään suorittamisesta (Martin ym. 2010, 165).

Tietoisella läsnäololla voidaan luoda pohjaa kyvyille tunnistaa ja nimetä tunteita sekä säädellä niitä (Epävakaakaan persoonallisuus: Käypähoito-suositus 2008). Olemisen myötä läsnäolo, itsensä kuuntelu ja tietoisuus omista tunteista ja ajatuksista herkistyy (Herrala ym. 2008, 64). Kun makaamme paikallamme ja suljemme silmämme, kaikki epäolennainen karsiutuu pois. Silloin on helpompaa suunnata huomio sisäiseen maailmaan ja tulla tietoiseksi unohdetuista ja torjutuista tunteista ja ajatuksista. Voimme kiinnittää huomiota kehon moniin signaaleihin ja oppia tuntemaan itsemme uudella tavalla. (Roxendal & Winberg 2002, 103.) Muun muassa epävakaan persoonallisuuden hoidossa tunteiden tunnistamista, havainnointia ja säätelyä sisältävää opettamista on pidetty tarpeellisena (Epävakaakaan persoonallisuus: Käypähoito-suositus 2008). Kehollisten tuntemusten ymmärtäminen on myös yhtenä tavoitteena traumaterapeuttisessa työskentelyssä. Aluksi on tärkeää, että asiakas oppii tunnistamaan tuntemukset kehon tasolla. Tämän jälkeen asiakas voi oppia sanoittamaan ja kuvailemaan tuntemuksia sekä kertomaan mikä merkitys oireilla on tämän hetkessä elämässä. Kehontuntemuksen kehittymisen myötä on mahdollista, että kehollisen oireilun yhteys menneeseen traumaan selkiytyy. (Rothschild 2000, 44–45.)

Olemisen oppimisen myötä ihminen rentoutuu. Hengitysharjoitteiden yhdistäminen olemiseen konkretisoi omia rajoja ja minän kokemusta. (Herrala ym. 2008, 64.) Sopivan tasapainon löytyminen olemisen ja tekemisen välillä sekä kyky integroida olemisen tunnetta tekemiseen voi auttaa stressistä palautumiseen. Erityisen tärkeää on kuunnella herkästi ruumiin viestejä, tunnistaa itselle sopiva haastetaso sekä levon tarve. (Martin ym. 2010, 44.)

*”Minä kasvan ja kehityn hiljaisuudessa.
Siinä syvässä sisäisessä hiljaisuudessa,
jossa en enää salli itseni peittää mitään elämäni kiireisellä hyörinällä.
Silloin alan nähdä, kuka olen,
mistä tulen ja minne olen matkalla, kuka kykenen olemaan ja kuka en enää halua olla.
Hiljaisuudessa keinotekoisuus karisee pois, minusta tulee todellisempi,
minusta tulee se joka olen.
Kenties pelkäämme hiljaisuutta siksi, että sen suojissa meidän on vaikeampi piiloutua ja
koska siinä joudumme kohtaamaan oman riittämättömyytemme.
Kuitenkin juuri siinä on kasvamisen solmukohta.
Siinä syntyy usein läpimurto itsensä uudenlaiseen ymmärtämiseen.”* (Schaffer 1995, 18)

5.6.2 Rauhoittuminen ja rentoutuminen

Mielen ja kehon tasapaino voidaan saavuttaa rentoutumisen taidon myötä, jolloin vastoinkäymisiä ja haastavia tilanteita on mahdollista kohdata ilman, että mielen tasapaino järkkyy oleellisesti (Herrala ym. 2008, 174 – 176). On kuitenkin tärkeää muistaa, että lihaksiin muodostunut jännitys voi olla ihmiselle tarpeellinen psyykkinen suoja, siihen asti, että asioita saadaan muulla tavalla käsiteltyä. (Martin ym. 2010, 22). Rauhoittavat sanat ja mielikuvat, joilla voi itseä auttaa, voivat löytyä hengityksen ja toisen ihmisen läsnäolon avulla (Martin ym. 2010, 133).

Fysiologisen rentoutumisreaktion voi saada aikaan hengitysharjoitteilla, joogalla, erilaisilla meditaatio ja mietiskelyharjoitteilla, progressiivisilla lihasrentoutusharjoitteilla tai mielikuvaharjoitteilla. Fysiologisen rentoutumisreaktion yhteydessä sympaattisen hermoston toiminta vaimenee ja parasympaattinen hermosto aktivoituu, jonka seurauksena hengitystiheys pienenee, ääreisverenkierron verisuonet laajenevat, elimistön hapen kulutus vähenee ja syke hidastuu. (Sandström 2010, 189–191.) Hyvinkin vaikeiden asioiden käsitteleminen on mahdollista rentoutuneena. Rentoutuminen saattaa pysäyttää kauan jatkuneen jännityskierteen ja estää vakavan sairastumisen. (Herrala ym. 2008, 174 –

176.) Rentoutumista voidaan hyödyntää myös epävakaan persoonallisuuden oireiden hallinnassa (Epävakaata persoonallisuus: Käypähoito- suositus 2008).

5.6.3 Pelkojen työstäminen ja turvallisuuden tunteen vahvistaminen

Psykofyysisessä hengitysterapiassa pyritään työstämään ja käsittelemään pelon tunnetta sekä vuoroin vahvistamaan turvallisuuden tunnetta. Työskentelyn myötä kyky rauhoittua voi elpyä ja taito käyttää jännittävässä ja stressaavissa tilanteissa turvallisia mielikuvia voi vahvistua. Pelon tunne saa aikaan voimakkaimmat tunnereaktiot ja ruumiintunteukset. (Martin 2010, 81–82.) Pelon myötä sympaattinen hermosto aktivoituu valmistautuen ihmistä pakenemista ja taistelemista varten. Pelon tunteelle tyypillisinä tuntemuksina voi esiintyä vapinaa, sydämen sykkeen ja verenpaineen nousua, hikoilua, pahoinvointia, kuumia aaltoja, kylmänväreitä, huimausta, levottomia ajatuksia tai vaikeutta ajatella. Pelon tunteeseen liittyvät fysiologiset reaktiot voivat olla hyvin voimakkaita ja itsessään tuntua ylivoimaisilta. Kehon reaktio tapahtuu usein ennen kuin ihminen saa kognitiivisen käsityksen tapahtumasta tai tunnistaa laukaisevan tekijän. (Boon 2011, 227.)

Sisäinen turvallisuuden tunne on nykyhetkessä koettu tietoinen rauhan ja rentouden tunne, kun todellista uhkaa tai vaaraa ei ole. Sisäinen turvallisuuden tunne liittyy kykyyn olla läsnä tässä ja nyt. Pelko taas saa välttämään sisäisiä kokemuksia, joka voi saada aikaan sisäisen pelon, arvostelun ja häpeän kierteen, joka vaikeuttaa läsnäoloa. (Boon 2011, 69.) Ahdistunut hengitys voimistaa pelon tunnetta lisäten tarvetta suojautua (Martin ym. 2010, 81). Psykofyysisessä hengitysterapiassa pyritään työstämään pelkoja kuvien, tarinoiden, mielikuvien sekä vuorovaikutuksellisten harjoitteiden myötä, mutta vastapainona hengitysterapiassa pyritään lisäämään turvallisuuden tunnetta lisääviä kokemuksia ja vahvistamaan asiakkaan itsensä rauhoittamisen keinoja.

5.6.4 Hengitysharjoitteet

Psykofyysisessä terapiassa rohkaistaan ihmistä tekemään havaintoja itsestään ja tavataan hengittää eri elämäntilanteissa (Martin ym. 2010, 52). Hengitysharjoitteilla pyritään tarjoamaan mahdollisuus havainnointikyvyn kehittymiseen hengityksen helpottumiseksi. Hengitysharjoitteita ei treenata eikä opeteta ulkoapäin, vaan hengitysharjoitteet

tehdään sisältä käsin tunnistaen. (Martin ym. 2010, 129.) Hengitysharjoitteet aloitetaan kiinnittämällä huomio hengitykseen vaikuttamatta siihen (Roxendal & Winberg 2002, 74). Psykofyysisen hengitysterapian harjoitteissa tutustutaan aluksi hengityksen aikaansaamaan liikkeeseen, uloshengittämiseen ja hellittämiseen (Hengittävä mieli 2013). Vasta sen jälkeen hengitys voidaan yhdistää muihin erilaisiin harjoitteisiin (Roxendal & Winberg 2002, 74). Yksilökäynnillä ensimmäiset hengitysharjoitteet tapahtuvat tuolissa istuen. Sekä asiakas että terapeutti sulkevat silmänsä, jolloin asiakas voi rauhassa keskittyä itseensä eikä tarvitse pelätä toisen arvioivan. Myöhemmin hengitysharjoituksia jatketaan joko tuolissa istuen, seisten tai patjalla maaten. Harjoitteissa voidaan kokeilla liikkeen ja hengityksen yhdistämistä sekä yhdessä tehtäviä harjoitteita, joissa terapeutti auttaa hengitystä omalla kosketuksellaan. (Hengittävä mieli 2013.) Asiakkaan hengitystä voidaan avustaa esimerkiksi sisäänhengityksellä nilkoista venyttämällä auttaen palleaa työskentelemään oikeaan suuntaan. Hengitystä voidaan helpottaa myös niskasta venyttämällä tai rintakehästä uloshengityksen aikana painamalla. (Martin & Seppä 2011, 40.)

Hengitysharjoitteiden myötä voidaan oppia huomaamaan miltä erilaiset hengitystavat tuntuvat ja miten hengitystavat tuntuvat eri puolilla kehoa sekä mielensisäisesti (Martin ym. 2010, 17). Hengitystä voidaan ohjata tietoisesti, hengitystä voidaan pidättää, puusuttaa, huokaista tai syventää (Roxendal & Winberg 2002, 73 - 74). Ihmiset, jotka ovat hyperventiloineet pitkään, voivat kokea aluksi normaaliin hengittämiseen liittyvän korkeamman hiilidioksiditason sietämisen vaikeana (Martin ym. 2010, 28). Osalle asiakkaista ylipäättään huomion kiinnittäminen omaan hengitykseen lisää alkuun ahdistuneisuutta, jolloin hengityksen tasapainottumiseen ja turvallisuuden tunteen luomiseen voidaan pyrkiä aluksi muiden keinojen avulla.

Psykofyysisessä hengitysterapiassa työskentelyn pääpaino on epätasapainoon joutuneen hengityksen tasapainottamisessa ja rauhoittamisessa (Hengittävä mieli 2013). Pelkät itsehoitomenetelmät ja hengitystekniikat eivät yksistään usein riitä, sillä kyky rauhoittua on vuorovaikutuksessa opittu taito, joka pohjautuu varhaisiin muistijärjestelmiimme (Martin & Seppä 2011, 27). Läsnä olevan työskentelyn ja hengityksen kautta ihminen voi hiljalleen alkaa tutustua omiin tarpeisiin, rajoihin, omaan tilaan, tahtoon ja haluun sekä tunnistaa oman rytmensä ja herkkyytensä (Martin ym. 2010, 66). Hengitysharjoitukset auttavat vasta kun ihminen on sisäistänyt rauhoittavan toisen itseensä. Rauhoit-

tumisen kyvyn myötä myös itsessä syntyvien tunteiden ja mielikuvien tarkastelu mahdollistuu. (Martin & Seppä 2011, 27.) Asiakkaalla tulee olla kokemuksia rauhoittavasta ja turvallisesta vuorovaikutuksesta sekä kykyä ylläpitää mielikuvaa sellaisesta mielesään, voidakseen hengittää rauhallisesti myös stressitilanteessa (Hengittävä mieli 2013).

Hengitysharjoitteita yhdistetään erilaisiin rangan liikkeisiin, venytyksiin sekä vuorovaikutuksellisiin harjoitteisiin. Tärkeää on, että ihminen oppii löytämään oman rytminsä ja kykynsä yhdistää liikettä oman hengityksensä rytmiin. Kokemukseni mukaan erityisesti raskaana olevat äidit ovat hyötäneet uloshengitysharjoitteista raskauden aikana. Äänen tuottoon ja mielikuviin yhdistetyt hengitysharjoitteet on koettu helpottavina myös synnytyksessä. Keskittymiskyvyn puutetta kokeneet asiakkaat taas ovat kokeneet hengitykseen keskittymisen auttavan rauhoittumaan ja pysähtymään läsnäolevaan hetkeen. Uni- vaikeuksista ja masennuksesta kärsivät taas ovat käyttäneet hengitysharjoitteita nukah- tamisen helpottumiseksi. Hellittäminen ja hengitysharjoitteet on koettu hyödyllisinä myös kivun kanssa selviytymisessä. Jokainen asiakas voi siis hyödyntää ohjattuja har- joitteita itselle sopiviin tilanteisiin.

5.6.5 Kosketus rauhoittaa ja liikuttaa

Kosketus on fysioterapeuttinen hoitomenetelmä, jolla voidaan vähentää potilaan psyko- fyysistä oireilua ja edistää verbaalista tunneilmaisua. Kosketushoidon tavoitteena voi olla kehon rajojen tunnistaminen ja konkretisoituminen sekä kehonkuvan ja kehontun- temuksen myönteisimmiksi kehittyminen. (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2009, 6.) Rau- hoittava kosketus voi poistaa myös epämukavuutta, jännitystä ja kipua sekä auttaa ra- kentamaan uudenlaista ruumiinkuvaa ja suhdetta itseän (Martin ym. 2010, 75–76).

Hoitava kosketus voi parhaimmillaan tarjota lohtua, turvallisuutta, rauhoittumista. Hoi- tavassa kosketuksesta keskeistä on toisen erillisyyden, rajojen, tilan ja ainutlaatuisuuden kunnioittaminen sekä säätely sopivan etäisyyden ja riittävän läheisyyden välillä. Ihmi- nen reagoi kosketukseen hengityksellään. Rauhoittava ja hellä kosketus tyynnyttää hen- gitystä, kun taas kosketuksen puute tai raju kosketus voivat saada hengityksen salpau- tumaan. Kosketus toimiikin siis käyttökelpoisena terapeuttisena vaikuttamiskeinona. Kosketuksen ja huolenpidon tarve säilyvät läpi elämän muuttaen vain muotoaan. Konk-

reettisen kosketuksen lisäksi katseella, hymyllä sekä äänen ja sanojen kautta voidaan edistää ymmärretyksi tulemisen kokemusta. (Martin ym. 2010, 73–76.)

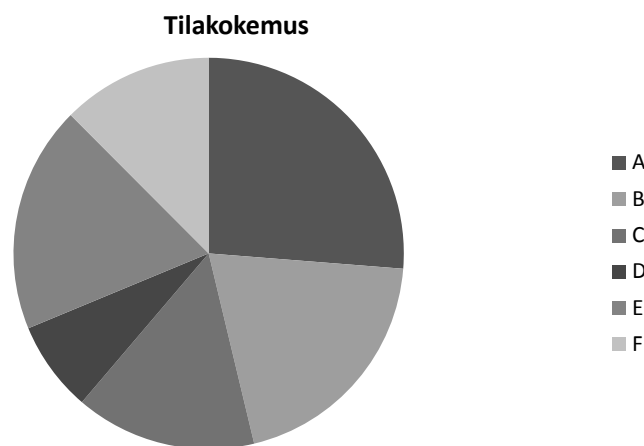
Elämänhistoriat kohtaavat kosketuksessa, jonka vuoksi kosketuksen herättämille tunteille ja aistimuksille on tärkeää olla herkkänä. Se, miten ruumiillisuus on kohdattu perheessä ja suvussa vaikuttaa siihen, miten ihminen suhtautuu ja kokee kosketuksen. Kosketus saattaa myös aktivoida pelkoja, jotka voivat olla tiedostamattomia ja tuntua erilaisina kehon reaktioina, kuten hengityksen vaikeutumisenä, ahdistuksen tunteena, jännittyneisyytenä tai muunlaisena epämukavuuden tunteena. Kosketus voi aktivoida pelon siitä, ettei ole oikeutta määritellä omia rajoja tai pelon rajojen menettämisestä, liukeneemisesta tai hajoamisesta. Kosketus voi aktivoida myös pelon pahoinpitelystä, hyväksikäytöstä, sisään tunkeutumisesta tai vallan alle jäämisestä. (Martin & Seppä 2011, 35.)

Psykofyysisessä hengitysterapiassa kosketusta käytetään hengityksen tutkimisessa sekä hengitysharjoitteissa, joihin voidaan yhdistää passiivisia hengitystä avustavia liikkeitä. Kosketusta voidaan käyttää myös lihaskireyksiä lievittämiseen, rentoutumiseen sekä turvallisuuden tunteen ja rajojen vahvistamiseen. Fysioterapiassa kosketusta voidaan käyttää myös välillisesti erilaisia terapiavälineitä hyödyntäen. Osalle asiakkaista kosketus välineen kautta on alkuun helpompi vastaanottaa. Tärkeää on aina edetä asiakkaan tahdissa, rajoja ja vastarintaa kunnioittaen. Psykiatrisista sairauksista kärsivien asiakkaiden kanssa työskennellessä kosketuksen käyttäminen terapeuttisena menetelmänä ei ole koskaan itsestään selvyyttä.

5.6.6 Tilakokemuksen, rajojen ja erillisyyden hahmottuminen

Hengityksellä oireilevilla ihmisillä on havaittu vaikeuksia omien rajojen kokemisessa sekä erillisyydessä (Martin ym. 2010, 155). Sisäistetty tilakokemus ilmenee ihmisen tavassa hengittää ja olla omassa kehossaan sekä kyvyssä ottaa tilaa ja rauhoittua. Tilakokemus näkyy ryhdissä ja olemuksessa sekä suhteessa alustaan tai toiseen ihmiseen. Tilattomuus voi ilmetä jännityksenä ja ylikontrollina sekä epätasapainoisena hengittämisenä. Vaikeus ottaa tilaa voi esiintyä liiallisena kiltteytenä ja vaikeutena sanoa ”ei”. Tilakokemus heijastuu myös ihmissuhteisiin. (Martin & Seppä 2011, 87.)

Kaikki hengitysharjoitteet ovat tilaharjoituksia. Mielikuvaharjoitteilla voidaan raivata tilaa omalle sisäiselle todellisuudelle. Pariharjoitteilla sisäänhengitystä voidaan avustaa myös passiivisten venytysten avulla. Psykofyysisessä hengitysterapiassa tilan määrittelyä voidaan tehdä myös reviiriharjoitteen avulla ja käsitellä symbolisin keinoin piirtämällä. Piirrostehtävän avulla asiakas voi pohtia ja hahmotella tilakokemustaan lapsuuden perheessä, nykyperheessä sekä ryhmässä. (Martin & Seppä 2011, 88.) Ryhmässä tilan jakautuminen konkretisoituu usein tilakakku piirrostehtävän (kuvio 3) avulla herättäen keskustelua siitä, miten eritavalla ryhmäläiset voiva kokea oman ja toisen tilan. Kuviossa (kuvio 3) kirjaimet (A-F) kuvaavat yhden henkilön esimerkiksi ryhmän- tai perheenjäsenen tilakokemusta.



Kuvio 3. Esimerkki tilakokemuksen jakautumisesta ryhmässä tai perheen kesken

Kyky havainnoida mitä itsessä tapahtuu, syntyy ruumiin rajojen hahmottumisen myötä (Martin ym. 2010, 155). Psykofyysisessä hengitysterapiassa rajoja voidaan hahmotella ja vahvistaa mielikuvaharjoitteilla, kämmenselällä kehon ääri viivoja vahvistaen, lihaksia jännittämällä, hierontapalloilla kehoa rajaamalla tai käsillä painellen. Rajojen vahvistamiseen voidaan käyttää myös piikkimattoa tai painopusseja. Reviiriharjoitukset sekä ”ei”-sanankäytön harjoittelun myötä voidaan myös hakea omia rajoja. Rajat voidaan myös piirtää todellisessa koossa isolle paperille, joka jälkeen asiakas saa itse vahvistaa rajansa piirtäen. (Martin & Seppä 2011, 59.)

Asiakkaani ovat kokeneet usein kehon rajoja vahvistavat ja selkeyttävät harjoitteet mieleisinä ja turvallisuuden tunnetta lisäävinä. Konkreettisia kehon rajoja vahvistavia ja minäkuvaa selkeyttäviä harjoitteita olen käyttänyt myös psykoosisairauksista kärsivien asiakkaideni kanssa. Kehonkuvanhäiriöistä kärsivien asiakkaiden kanssa olen käyttänyt kehonkuvapiirrosta myös kehonkuvan kartoittamiseen, niin että asiakkaat tulevat tietoisiksi oman mielikuvansa ja todellisen kokonsa erosta. Harjoite voi toimia myös kehon-tuntemusharjoitteena siinä mielessä, että asiakkaiden tulee itse mietittyä kehoa kokonaisuutena sekä eri kehonosien mittasuhteita. Kehonkuvapiirrosta voidaan rajojen hahmotumisen jälkeen alkaa täydentää asiakkaan kokemilla tuntemuksilla, tunteilla ja asenteilla. Kehonkuvanhäiriöstä kärsivät asiakkaani ovat kokeneet erityisen hyödylliseksi harjoitteet, joissa kehon rajoja ja mittasuhteita hahmotellaan naruharjoitteen avulla. Harjoitteen myötä asiakkaani ovat ymmärtäneet, miten mielikuva omasta kehosta ei välttämättä vastaa todellisuutta. Oivallus omasta tilasta ja ymmärrys kehonkuvan vääristymisestä voi toimia hyvänä alkuna terapian prosessille kohti eheämpää kehonkuvaa.

5.6.7 Mielikuvien ja symboleiden käyttö hengitysterapiassa

”Oivallusten paikka on mielikuvien tuomassa tilassa, ei tekemään rynnistämässä.”
(Martin ym. 2010, 168)

Psykofyysisen hengitysterapian muutostyön tärkeimpiä työvälineitä ovat mielikuvat (Martin ym. 2010, 167). Psykodynaamisen ajattelutavan mukaan symbolisaatiokyky voi vaihdella sen mukaan, miten ihmisen on varhaisissa tärkeissä vuorovaikutussuhteissa ollut mahdollista olla kosketuksissa tunteisiin ja aistimuksiinsa. Symbolisaatio ja reflektiokyky voivat jäädä puutteellisiksi häiriten minuuden tasapainoista kehitystä, mikäli lapsi ei saa riittävästi tukea tunteittensa ilmaisuun ja sanoittamiseen. (Halkola ym. 2009, 176–177.) Mikäli mielikuvat puuttuvat kokonaan, niitä pyritään psykofyysisen hengitysterapian keinoin synnyttämään, elvyttämään ja rikastamaan mahdollisimman monipuolisesti. Mielikuvien ja metaforien käytöllä pyritään elävöittämään kokemusta ruumiista ja vahvistamaan rajoja. Niiden käyttö liitetään psykofyysisessä hengitysterapiassa kaikkeen olemiseen ja tekemiseen. (Martin ym. 2010, 167.) Harjoitusten yhteydessä myös musiikin käytöllä voidaan luoda otollista tilaa mielikuvien syntymiselle (Martin ym. 2010, 133).

Hengityksen parissa työskennellessä on tärkeää, että kyky turvallisuuden tunnetta palauttavaan sisäiseen dialogiin ja rauhoittaviin mielikuviin elpyvät. D.W. Winnicott on kehittänyt käsitteen transitionaaliobjekti (siirtymäobjekti), jolla tarkoitetaan kykyä tyyntyä omien mielikuvien avulla ja luoda mielensisäistä potentiaalista tilaa. Aluksi potilas saattaa kokea olonsa turvalliseksi vain terapeutin vastaanotolla, mutta siirtymäobjektin avulla hän voi saada turvaa myös hyvässä vuorovaikutuksessa oppimastaan hengitysharjoituksesta muualla tehtynä. Aikuinen voi kokea myös rauhoittavat lauseet tai merkityksellisen esineen turvallisuuden tunnetta lisäävänä. (Martin ym. 2010, 66.) Epävakaan persoonallisuuden oireiden hallinnassa on myös suositeltu muistikorttien käyttöä (Epävakaata persoonallisuus: Käypähoito 2008). Yksilöllisessä psykofyysisessä hengitysterapiassa voidaan asiakkaan kanssa yhdessä miettiä asiakasta rauhoittavia lauseita tai mielikuvia, joista asiakas voi tehdä itselleen myös kortin. Asiakas voi ahdistavassa tai jännittävässä tilanteessa ottaa kortin esiin palautellakseen mieleen rauhoittavia lauseita, mielikuvia tai turvallisuuden tunteesta muistuttavaa paikkaa tai ihmistä.

Symbolisointi, eli itsensä ilmaisu sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla voi auttaa myös sitomaan ja muovaamaan psyykkistä kokemusta. Esimerkiksi ahdistus ja levottomuus voidaan kokea ymmärrettävämpinä, kun ne saavat symbolisen muodon. Kun kyky havainnoida ja arvioida tunteita, tunteita ja ajatuksia kehittyy, myös kaaoskokemukset voivat jäsentyä käsitettäviksi. (Martin ym. 2010, 164.) Ryhmissä valmiit kuvat ja kortit sopivat myös osaksi tutustumisharjoituksia, sillä huomion suuntaaminen kuviin voi lievittää jännitystä ja helpottaa vuorovaikutusta. Terapian edetessä kuvat ja kortit voivat helpottaa tunteiden, mielikuvien, ajatusten ja ruumiintuntemusten tunnistamista ja käsittelyä. (Martin & Syvälahti 2012, 12.) Kuvien kautta voidaan myös työstää suhdetta itseen kuvaamalla mielikuvaa itsestä, sisäisestä lapsesta, itsessä olevasta kontrolloijasta, herkkyydestä sekä rohkeudesta. Kuvien kautta voidaan antaa symbolisia merkityksiä myös turvallisuuden tunteelle, voimalle, peloille, toiveille sekä asioille, joista haluaisi luopua. (Martin & Seppä 2011, 107.) Työssäni olen käyttänyt kuvia sekä piirtämistä kokemustensa kuvaamiseen. Asiakkaat ovat piirtäneet muun muassa symbolisia hahmoja paniikkikohtauksestaan, kipukokemuksestaan, ahdistuksesta ja peloistaan. Valmiiden kuvien kautta yksilökäynneillä sekä ryhmissä voidaan käsitellä toiveita, pelkoja sekä pohtia rauhoittumista ja turvallisuuden tunnetta vahvistavia elementtejä.

Mielikuviin perustuvia hengitysharjoitteita voi tehdä koska vain, mutta ne voivat olla erityisen hyödyllisiä stressaavassa, ahdistavassa tai jännittävässä tilanteessa. Hengitysliikkeeseen voidaan yhdistää esimerkiksi mielikuvan merenaalloista ja samaan aikaan tunnustella hengityksen liikettä omalla kädellä. Mielikuva sekä oma kosketus voi rentouttaa ja rauhoittaa. Alun perin traumatyöskentelyyn kehitetty turvapaikkaharjoitus on osoittautunut myös käyttökelpoiseksi harjoitteeksi erilaisista peloista ja jännittämisestä kärsivien kanssa työskenneltäessä. (Martin & Syvälahti 2012, 46–48.) Myös epävaakanpersoonallisuuden oireiden hallinnassa voidaan käyttää turvapaikkamielikuvaharjoitetta (Epävakaata persoonallisuus: Käypähoito 2008). Mielikuvaharjoitteen jatkeeksi voidaan tehdä myös kehotietoisuusharjoitteita, jotta asiakas voi oppia havainnoimaan ja aistimaan mielikuvan synnyttämiä tuntemuksia eri ruumiinosissa (Martin & Syvälahti 2012, 48).

5.6.8 Vuorovaikutukselliset harjoitteet

Omaa reviiriä merkitsemällä ihminen pyrkii lisäämään omaa turvallisuuden tunnetta, sillä oman reviirin sisällä on lupa olla rauhassa. Tilaan, läheisyyteen ja etäisyyteen liittyvissä harjoitteissa on mahdollisuus tutustua tyypillisiin psykofyysisiin reagoititapoihin vuorovaikutuksessa toisen kanssa. Harjoitteissa voi tulla tietoiseksi siitä, miten jännitteet muuttuvat kehossa, mitä hengityksessä tapahtuu sekä mitä ajatuksia tai tekemisilykkeitä itsessä herää. Itsessä herääviä aistimuksia, ajatuksia, mielikuvia ja tunteita voidaan havainnoida esimerkiksi omaa reviiriä määrittävässä lähestymisharjoitteessa. Sisäisten tapahtumien ja ruumiinmuistojen aktivoimiseksi voidaan käyttää myös tuoleilla saavutettavaa korkeuseroa. (Martin ym. 2010, 157–159.) Oman tilan hahmottumisen lisäksi psykofyysisessä hengitysterapiassa on tavoitteena potentiaalisen tilan luominen, jolloin voidaan oppia tarvittaessa joustamaan ja tarvittaessa pitämään puolia. Omat tarpeensa laiminlyövä yleensä asettaa toisen tarpeet edelle ollakseen mieliksi muille. (Martin ym. 2010, 159.)

Vuorovaikutus vaikuttaa tunnekäyttäytymiseen, ruumiintoimintoihin ja niiden ehdollistumiseen. Ruumis toistaa oppimiskokemuksiamme, esimerkiksi tapaamme reagoida hengityksellä ylivoimaisiksi koettuihin tilanteisiin. Vuorovaikutus muovaa tiedostamattomasti ruumin tason muistamista ja varhaiset kokemukset heijastuvat ruumiinmuistin kautta siis hengitystapaamme. (Martin & Seppä 2011, 99.) Fysioterapiassa voidaan harjoitella vuorovaikutustaitoja, nonverbaalia ilmaisua sekä yhdessä toimimista (Psyfy

2013). Pareittain tehtävät harjoitteet ovat merkityksellisiä itseymmärryksen kannalta, sillä ahdistuneisuuteen liittyvät hengityshäiriöt ovat objektisuhteessa syntyneitä. Pariharjoitteet herättelevät ruumiinmuistiin tallentuneita varhaisia, unohdettuja ja torjuttuja ruumiin kokemuksia käsiteltäväksi. (Martin & Seppä 2011,113.)

”Minä kärsin jännittyneisyydestä, joka erottaa meidät toisistamme.

Me liikuskelemme varovasti ja pelokkaina toistemme läheisyydessä.

Lähes kaikki on vaarallista, koska on niin helppoa tulla väärinymmärretyksi.

Minä haluan löytää sanat ja antaa jännittyneisyydelleni hahmon,

jotta voimme kutsua sitä nimeltä.

En halua pyrkiä vaikuttamaan pysymällä vaii. ” (Schaffer 1995, 48.)

6 KOKEMUKSIA PSYKOFYYSISESTÄ HENGITYSTERAPIASTA

Ensimmäiselle vastaanottokäynnille tullessa asiakkaillani ei useinkaan ole käsitystä siitä, minkälaisesta terapiamuodosta psykofyysisessä hengitysterapissa tai psykofyysisessä fysioterapiassa on kyse. Pitkään oireilleet asiakkaat suhtautuvat kuitenkin usein avoimesti psykofyysiseen lähestymistapaan, sillä toiveena on usein löytää jonkilaista helpotusta psyykkiseen sekä fyysiseen oireiluun. Erityisesti ensimmäisillä käynneillä vuorovaikutuksen merkitys korostuu, kun luodaan pohjaa terapiasuhteelle. Tällöin myös oma hengitystapa ja kehonkieli asiakasta kohdatessa ovat tärkeässä roolissa. Asiakkaat ovatkin kokeneet rauhallisen läsnäolon hyvin merkityksellisenä ja tuoneet sen merkityksen esiin myös sanallisesti vastaanotolla.

Osa asiakkaistani on hyvin tottuneita työstämään ongelmiaan keskustelun kautta, jolloin hiljentymisen ja omaan kehoon pysähtyminen on tuntunut aluksi monelle vieraalta ja haastavaltakin. Levottomat ja suorituskeskeisyyteen taipuvaiset asiakkaat ovat kokeneet harjoitteisiin keskittymisen alkuun vaikeana, jolloin passiivisten harjoitteiden myötä tie kehollisiin aistimuksiin voi löytyä helpommin. Käyntien edetessä keho tulee usein tutummaksi analysoiville ja paljon pohtiville asiakkaille, jolloin he voivat tehdä havaintoja myös siitä, miten ajatukset vaikuttavat koko ajan myös kehon reaktioihin. Pysähtyminen omaan kehoon voi toisaalta myös rauhoittaa ajatuksen kulkua.

Työssäni olen saanut kiitosta erityisesti läsnä olemisesta. Asiakkaat ovat saaneet harjoitteiden myötä kokemuksen siitä, että saa hellittää suorittamisesta ja olla vaan. Asiakkaideni kanssa olen puhunut paljon myös kosketuksen merkityksestä ja kosketusta sisältävät harjoitteet nostavat usein pintaan muistoja ja tunteita. Monet tunnistavat harjoitteiden myötä kaipaavansa enemmän läheisyyttä myös omassa arjessaan. Joidenkin kohdalla oma reviiri on rakentunut niin suureksi, että se osaltaan voi rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä. Tällöin yhtenä tavoitteena fysioterapiassa voi olla omien rajojen vahvistuminen ja läheisyyden harjoitleminen, sillä joidenkin kohdalla oman reviirin suuruus on noussut kynnyksymykseksi kaupan kassa jonossa olemiselle tai somaattisen vaivan tutkimiselle. Kehittämistyön myötä tulin tietoisemmaksi siitä, että useiden asiakkaideni kohdalla saatan fysioterapeuttina olla ainoa ihminen asiakkaan sen hetkisessä elämäntilanteessa joka koskettaa. Tämän vuoksi on hyvin tärkeää olla tietoinen siitä, millä tavoin toista koskettaa sekä herkkänä kuulemanaan, mitä kosketus nostaa pintaan.

Monet asiakkaani ovat hämmästyneet siitä, miten laaja ja kokonaisvaltainen lähestymistapa hengitysterapia onkaan. Ensimmäisellä kerralla monet asiakkaat ajattelevat tulevansa opettelemaan oikeaa hengitystekniikkaa. Psykofyysinen hengitysterapia on kaiken kaikkiaan koettu hyvin hyödylliseksi ja omaa elämää avartavaksi tavaksi lisätä itseyttä ja työstää oireita. Osa asiakkaistani onkin kokenut saaneensa hengitysterapiasta työkaluja koko loppuelämänsä ajaksi.

Ryhmämuotoinen psykofyysinen hengitysterapia mahdollistaa eri tavalla hengityksen reagoimisen havainnoinnin vuorovaikutustilanteissa. Ryhmäläiset ovat kokeneet erityisesti vertaistuen merkitykselliseksi, sillä monet ruumiillisesti oireilevat kokevat olevansa hyvin yksin oireidensa kanssa. Kuulluksi ja nähdyksi tuleminen sekä omien kokemusten jakaminen on koettu tärkeinä. Ryhmä on koettu myös hengähdysten hetkenä arjen keskellä, mutta toisaalta myös viikkoa sopivasti rytmittävänä menona. Hengitysharjoitteiden tekeminen ryhmässä tuo suojaa ja helpotusta suoritusaineisiin. Erityisen merkitykselliseksi on koettu lupa olla vaan. Monilla kiltteyteen, miellyttämiseen ja suorittamiseen taipuvaisilla on usein vaikea antaa itselleen lupaa olemiseen ja rauhoittumiseen, jolloin sanallinen lupa olemiseen on kokemukseni mukaan koettu hyvin arvokkaana ja koskettavanaakin. Jokaisen ohjaamani ryhmän lopussa ryhmäläiset ovat esittäneet toiveita ryhmän jatkumisesta pidempään. Toiveita myös ohjatuista harjoitteista äänitteiden muodossa on esitetty useaan kertaan.

7 POHDINTA

Kävin Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena- koulutuksen vuonna 2011, mutta koin vielä tarvetta pysähtyä pohtimaan menetelmään syvemmin ja laajentaa omaa ymmärrystäni hengityksen laajasta merkityksestä terapeuttisissa harjoitteissa sekä vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Halusin myös vahvistaa teoriapohjaani sille, että minkä tyyppiset asiakkaat voisivat hyötyä hengitysterapian näkökulmista ja menetelmistä. Koin itse tärkeäksi koota laajemmin tekemäni työni sisältöä, jotta vastaanotolleni osattaisiin ohjata erilaisista psykiatrisista sairauksista kärsiviä asiakkaita, jotka voisivat hyötyä psykofyysisestä lähestymistavasta ja hengitysterapian työskentelytavoista osana heidän kokonaisuhoitoaan Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla. Psykofyysisessä lähestymistavassa korostuu usein asiakkaan kokemus, jonka vuoksi olisin mielelläni halunnut myös tähän työhön asiakkaiden näkökulmaa ja kokemuksia hengitysterapiasta. Ajan rajallisuuden vuoksi päädyin kuitenkin rajaamaan tämän kehittämistehtäväni vain toimenkuvani avaamiseen, selkeyttämiseen ja oman kokemuksellisen tiedon esiin tuomiseen.

Kehittämistehtäväprosessin myötä tarkoituksena oli syventää omaa teoreettista tietämystäni ja pysähtyä pohtimaan ja tiedostamaan toteuttamaani fysioterapiaa. Kehittämistehtävän tekemisen myötä työnkuvani on selkiytynyt itselleni. Teoriatiedon keräämisen myötä olen saanut laajempaa ymmärrystä psykofyysisestä lähestymistavasta asiakkaan kohtaamisessa sekä terapeuttisessa harjoittelussa sekä ymmärrystä siihen, mikä psykofyysisessä lähestymistavassa on merkityksellistä. Olen kokenut kohtaamiset asiakkaideni kanssa hyvin palkitsevina ja koen erityisesti heidän kautta oman ammatillisen osaamiseni syventyneen. Hengitysterapeuttisten menetelmien ja ajattelutapojen syventymisen myötä olen oivaltanut myös paljon itsestäni sekä oman persoonallisuuteni ja olotilani vaikutuksesta asiakkaaseen. Asiakkailtani saamassani palautteessa usein korostuukin vuorovaikutuksen ja läsnäolon merkitys koetussa terapian hyödyllisyydessä. Kehittämistehtävä prosessin myötä oli ilo huomata, miten suurella mielenkiinnolla olen etsinyt teoriapohjaa työssäni havaitsemilleni ilmiöille ja miten innostunut olen tämän hetkisestä työstäni. Ymmärsin miten todella nautin ihmisten kohtaamisesta sekä siitä, että saan kulkea asiakkaideni kanssa tietyn matkaa ihmetellen ja tarjoten heille eväitä tähän hetkeen ja tulevaan.

Psykofyysisellä hengitysterapialla voisi olla käyttöä ennen varsinaista psykoterapiajaksoa tai kognitiivis-analyttisen psykoterapian alkuvaiheessa, koska monet ruumiillisesti oireilevat asiakkaat toivovat usein pääsevänsä vain eroon oireilustaan, eivätkä ole valmiita tarkastelemaan erilaisia puolia itsestään tai oireiden taustalla olevia elämäkokemuksiaan (Hengittävä mieli 2013). Tätä ajatusta työyhteisössäni onkin hyödynnetty ja asiakkaani ovat kokeneet saaneensa kehollisen työskentelyn kautta itseymmärrystä sekä valmiuksia psykoterapiaan. Toivon, että kehittämistyön esittelemisen myötä ymmärrys psykofyysisestä lähestymistavasta, ammatillisesta osaamisestani sekä fysioterapeutin roolista psykiatrian poliklinikalla selkeytyisi myös muulle hoitavalle henkilökunnalle. Raportin avulla henkilökunta poliklinikallamme voi halutessaan perehtyä syvemmin työhöni hyödyntääkseen moniammatillista osaamista asiakkaiden kokonaisuudessa. Raportti voi lisätä heidän ymmärrystään siitä, minkä tyyppiset asiakkaat voisivat hyötyä psykofyysisestä hengitysterapiasta. Kehittämistyötä on mahdollista hyödyntää jatkossa myös opiskeli- ja ohjauksessa selkeyttämään psykofyysiseen fysioterapiaan ohjautuvaa asiakaskuntaa sekä käytössä olevia terapeuttisia menetelmiä

Toiveenani olisi tehdä vielä jatkotutkimus, jossa kartoittaisin hengitysterapiassa käyneiden asiakkaiden kokemuksia terapiajaksosta ja sen hyödyllisyydestä. Mielenkiintoista olisi myös kartoittaa muun hoitavan henkilökunnan tekemiä havaintoja psykofyysisessä hengitysterapiassa käyneen asiakkaan voinnissa tapahtuneista muutoksista sekä asiakkaan oivalluksista itsestä. Jatkotutkimukset aiheeseen liittyen olisivat tarpeellisia, sillä teoreettista viitekehystä kartoittaessani tutkimuksia hengitysterapiasta en juurikaan löytänyt.

”Minä luon itse omaa työtäni.

Siinä minä elän, sen kautta ilmaisen itseäni.

Paikkani on tärkeä.

En halua vain jäykästi tehdä sitä,

mitä ammatissani yleensä tehdään.

Haluan tehdä työtäni siten,

että se on minun näköistäni.

Minä haluan löytää syvältä sisältäni ainutkertaisen

minkä vain minä voin työni tekemiseen tuoda.”

(Schaffer 1995, 34.)

LÄHTEET

Bodymind Oy 2010. Syömishäiriöfysioterapia [viitattu 13.10.2010]. Saatavissa www.bodymind.fi

Bodymind Oy 2013. Syömishäiriöfysioterapia. Unihäiriö. [viitattu 30.11.2013]. Saatavissa www.bodymind.fi

Boon, S., Steele, K. & Van Der Hart O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vaikuttaminen. Oulu: Kalevaprint.

Bourne E. 1999. Vapaaksi ahdistuksesta. Työkirja paniikista ja peloista kärsiville. RIKUREX -kustannus.

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 36/2004 vsk 59, 3269-3273.

Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 27.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Gyllensten, A.; Ovesson, M.; Lindström I.; Hansson, L. & Ekdahl, C. 2004. Reliability of the Body Awareness Scale-Health. Sweden: Scand J Caring Sci, 18, 213–219.

Halkola U., Mannermaa L., Koffert T. & Koulu L. 2009. Valokuvan terapeuttinen voima. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heinonen, K. 2008. Fysioterapiaryhmissä harjoitellaan tervettä suhtautumista omaan ruumiiseen. Fysioterapia 3/2008, vsk 55, 32–34.

Hengittävä mieli 2013. Saatavissa www.hengittavamieli.fi Hengitys > Opetusmateriaalia tutustuttavaksi > Luento & Hengitys työvälineenä auttamisammattissa

Herrala, H.; Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kaipainen, P. & Kuha-Putkonen, A. 2009. Kehittämiskohteena anorexia nervosa – potilaan fysioterapia. Fysioterapia 4/2009, 4-8.

Lehto, S. 2012. Keho ei erota stressiä ja masennusta? Suomen Lääkärilehti 48/2012 vsk 67, 3539.

Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

Martin, M. & Seppä, M. 2011. Hengitysterapeutin työkirja. Tampere: Mediapinta.

Martin M. & Syvälahti A. 2012. Jännittäjäryhmän ohjaajakoulutus- opetusmateriaali. Turku.

Metsäpelto R-L. & Feldt T. 2010. Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Suom. Kosonen, Y. Keuruu: Kirsi Monsen ja Kustannusosakeyhtiö Otava.

Peat, C.; Peyerl, N. & Muehlenkamp, J. 2008. Body Image and Eating Disorders in Older Adults: A Review. The Journal of General Psychology, Oct2008, Vol. 135 Issue 4, p343-358.

Psyfy ry 2013. Psykofyysinen fysioterapia [viitattu 12.8.2013]. Saatavissa www.psyfy.net > Psykofyysinen fysioterapia.

Rothschild B. 2000. The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment. New York: W. W. Norton & Company

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa: Basal Kroppskänedom för rörelse och vila. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Räsänen, S. 2012. Selittämättömästi oireileva potilas –konsultointi psykiatria? Suomen Lääkärilehti, 49/2012 vsk 67.

Sandström, M. 2010. Psykye ja aivotoiminta: Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOY pro Oy

Schaffer Ulrich 1995. Kasvan ja elämäni uudistuu.

Schaffer Ulrich 1995. Luon ja vapautan itseni elämään.

Sinkkonen J. & Kalland M. 2011. Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOY pro Oy.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 27.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 27.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 27.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Wilkinson L., Buboltz W. & Young T. 2002. Breathing Techniques to Promote Client Relaxation and Tension Reduction. *Journal of Clinical Activities, Assignments & Handcuts in Psychotherapy Practice*. Vol. 2 (1) 2002.

LIITTEET

Liite 1. Nijmegenin kysely

Nijmegenin kysely

Ympyröi lomakkeesta numero, joka parhaiten vastaa kunkin oireesi esiintymistiheyttä.

Oire	ei koskaan	harvoin (muutama kerta vuodessa)	joskus (kuukausittain)	usein (viikoittain)	erittäin usein (lähes päivittäin)
Rintakipu	0	1	2	3	4
Jännittyneisyyden, kireyden tunne	0	1	2	3	4
Näön hämärtyminen	0	1	2	3	4
Huimaukkohtaukset	0	1	2	3	4
Hämmentyneisyyden tunne	0	1	2	3	4
Nopeampi / syvempi hengittäminen	0	1	2	3	4
Hengenahdistuksen tunne	0	1	2	3	4
Kireyden tunne rinnassa	0	1	2	3	4
Ilman täyteisyyden tunne vatsassa	0	1	2	3	4
Pistelyn tunne sormissa	0	1	2	3	4
Kyvyttömyys hengittää syvään	0	1	2	3	4
Sormien tai käsivarsien jäykkyys	0	1	2	3	4
Suun seudun jäykkyys	0	1	2	3	4
Kylmät kädet tai jalat	0	1	2	3	4
Sydämentykytys	0	1	2	3	4
Ahdistuneisuuden tunteita	0	1	2	3	4

Kokonaispisteet _____

Liite 2. BAI (Beckin ahdistuneisuuskyseilylomake)

BAI

Alla on luettelu tuntemuksia, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut. Ympyröi numero sen mukaan, miten paljon tuntemus on rasittanut sinua **kuluneen viikon aikana** tämä päivä mukaan lukien.

	ei lainkaan	lievästi	kohtalaisesti (hyvin epämielittävää mutta kestin sen)	vakavasti (niin vakavaa, että häidin tuskin kestin sen)
1. Puutuminen tai kihelmöinti	0	1	2	3
2. Kuuma olo (joka ei johdu lämpötilasta)	0	1	2	3
3. Heikotus jaloissa	0	1	2	3
4. Kyvyttömyys rentoutua	0	1	2	3
5. Pelko siitä, että pahin tapahtuu	0	1	2	3
6. Huimaus	0	1	2	3
7. Sydämentykytys	0	1	2	3
8. Tasapainohäiriöt	0	1	2	3
9. Kauhun tunne	0	1	2	3
10. Hermostuneisuus	0	1	2	3
11. Tukahtumisen tunne	0	1	2	3
12. Kasien vapina	0	1	2	3
13. Muu vapina	0	1	2	3
14. Itsehiliirinnän menettämisen pelko	0	1	2	3
15. Hengitysvaikeus	0	1	2	3
16. Kuolemanpelko	0	1	2	3
17. Yleinen pelokkuus	0	1	2	3
18. Ruansulatusvaikeudet	0	1	2	3
19. Pyörtymisen pelko	0	1	2	3
20. Punastuminen	0	1	2	3
21. Hikoilu (joka ei johdu kuuruudesta)	0	1	2	3

BAI (Beckin ahdistuskyselylomake)

Tutkittava täyttää lomakkeen valitsemalla kustakin kohdasta tilanteen, joka parhaiten kuvaa tämänhetkistä vointia. Tutkittavan ympäröivät numerot lasketaan yhteen ja saadun summan perusteella katsotaan tutkittavan ahdistuksen aste.

0 – 7 pistettä	vähäinen
8 – 15 pistettä	lievä
16 – 25 pistettä	lievä
26 – 63 pistettä	vaikea

Liite 3. Paniikkikohtauksen ruumiilliset oireet (Bourne 1999, 101).

Paniikkikohtausten taltuttaminen 1
Ruumiilliset oireet

Paniikkikohtauksen aikana voi ilmetä mitä tahansa seuraavista ruumiillisista oireista. Arvioi asteikolla 0-5 kunkin oireen kohdalla, millainen vaikutus sillä on omissa paniikkikohtauksissasi ja merkitse vastauksesi oikeanpuoleiseen sarakkeeseen.

	0 = ei vaikutusta	1 = vähäinen vaikutus	2 = kohtalainen vaikutus	3 = voimakas vaikutus	4 = vakava vaikutus	5 = hyvin vakava vaikutus
1. Epävarma tunne vatsassa	0	1	2	3	4	5
2. Hikiset kädet	0	1	2	3	4	5
3. Kuumotus	0	1	2	3	4	5
4. Kiihtynyt pulssi	0	1	2	3	4	5
5. Käsien vapina	0	1	2	3	4	5
6. Heikotusta polvissa tai jaloissa	0	1	2	3	4	5
7. Vapiseva olo	0	1	2	3	4	5
8. Suun kuivuminen	0	1	2	3	4	5
9. Pala kurkussa	0	1	2	3	4	5
10. Rinnassa puristava olo	0	1	2	3	4	5
11. Hyperventilaatio	0	1	2	3	4	5
12. Pahoinvointi tai ripuli	0	1	2	3	4	5
13. Huimausta tai outo olo	0	1	2	3	4	5
14. Epätodellinen olo - kuin "unessa"	0	1	2	3	4	5
15. Ajatusten pätkiminen	0	1	2	3	4	5
16. Näön sumeneminen	0	1	2	3	4	5
17. Tunne että on osittain halvaantunut	0	1	2	3	4	5
18. Irrallisuuden tai ajelehtimisen tunne	0	1	2	3	4	5
19. Sydän tykyttää tai lyö epäsäännöllisesti	0	1	2	3	4	5
20. Rintakipua	0	1	2	3	4	5
21. Nipistelyä käsissä, jaloissa tai kasvoissa	0	1	2	3	4	5
22. Pyörryttävä olo	0	1	2	3	4	5
23. Levoton vatsa	0	1	2	3	4	5
24. Kylmät, nihkeät kädet	0	1	2	3	4	5

Paniikkikohtausten taltuttaminen 2
Katastrofiajatukset²

Katastrofiajatukset pahentavat huomattavasti paniikkikohtauksia. Arvioi oheista asteikkoa käyttäen kunkin ajatuksen kohdalla, miten paljon uskot sen myötävaikuttavan paniikkikohtauksiisi.

1 = ei lainkaan 3 = melko paljon
2 = jonkin verran 4 = hyvin paljon

1. Minä kuolen.	1	2	3	4
2. Tulen hulluksi.	1	2	3	4
3. Menetän itseni hallinnan.	1	2	3	4
4. Tämä ei lopu koskaan.	1	2	3	4
5. Minua pelottaa hirveästi.	1	2	3	4
6. Saan varmaan sydänkohtauksen.	1	2	3	4
7. Minulta menee taju.	1	2	3	4
8. Mitähän ihmiset mahtavat ajatella.	1	2	3	4
9. En pääse täältä pois.	1	2	3	4
10. En ymmärrä, mitä minulle on tapahtumassa.	1	2	3	4
11. Ihmiset varmaan pitävät minua hulluna.	1	2	3	4
12. Tulen aina olemaan tällainen.	1	2	3	4
13. Minä oksennan kohta.	1	2	3	4
14. Minulla on varmaan aivokasvain.	1	2	3	4
15. Minä tukehdun kuoliaaksi.	1	2	3	4
16. Minä teen vielä jotakin hullua.	1	2	3	4
17. Minä tulen sokeaksi.	1	2	3	4
18. Teen vielä jotakin pahaa jollekin.	1	2	3	4
19. Saan varmaan aivohalvauksen.	1	2	3	4
20. Rupean kohta kirkumaan.	1	2	3	4
21. Rupean kohta lepertelemään tai puhumaan hassusti.	1	2	3	4
22. Halvaannun pelosta.	1	2	3	4
23. Minulla on tosiaan jotakin ruumiillista vikaa.	1	2	3	4
24. En pysty hengittämään.	1	2	3	4
25. Jotakin kauheaa tulee tapahtumaan.	1	2	3	4
26. Järjestän vielä jonkin kohtauksen.	1	2	3	4

Liite 5. BAT- Body attitude testi

BAT Body Attitude Test

Pisteytysohje:

Kohdat 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Aina = 5	Joskus = 2
Yleensä = 4	Harvoin = 1
Usein = 3	Ei koskaan = 0

Kohdat 4 ja 9

Aina = 0	Ei koskaan = 5
----------	----------------

Aina / Yleensä / Usein / Joskus / Harvoin / Ei koskaan

- | | |
|----|--|
| 1 | Kun vertaan itseäni muihin ikäisiini, olen tyytymätön kehooni. |
| 2 | Kehoni tuntuu minusta tunnottomalta esineeltä. |
| 3 | Lantioni on minusta liian leveä. |
| 4 | Tunnen oloni mukavaksi omassa kehossani. |
| 5 | Haluaisin todella olla hoikempi. |
| 6 | Rinnanympärykseni on minusta liian suuri. |
| 7 | Yritän usein peittää vartaloni (esim. löysillä vaatteilla). |
| 8 | Kun katson peiliin, olen tyytymätön vartalooni. |
| 9 | Pystyn rentoutumaan fyysisesti helposti. |
| 10 | Pidän itseäni lihavana. |
| 11 | Kehoni on minulle rasite, jota joudun kantamaan mukana. |
| 12 | Kehoni ei tunnu omaistani. |
| 13 | Jotkut kehoni osat näyttävät turvonneilta. |
| 14 | Kehoni on minulle uhka. |
| 15 | Ulkonäköni on minulle erittäin tärkeä. |
| 16 | Mahani näyttää siltä, kuin olisin raskaana. |
| 17 | Kehoni tuntuu jännittyneeltä. |
| 18 | Kadehdin muiden ulkonäköä. |
| 19 | Kehossani tapahtuu asioita, jotka pelottavat minua. |
| 20 | Tarkkailen ulkonäköäni peilistä. |

