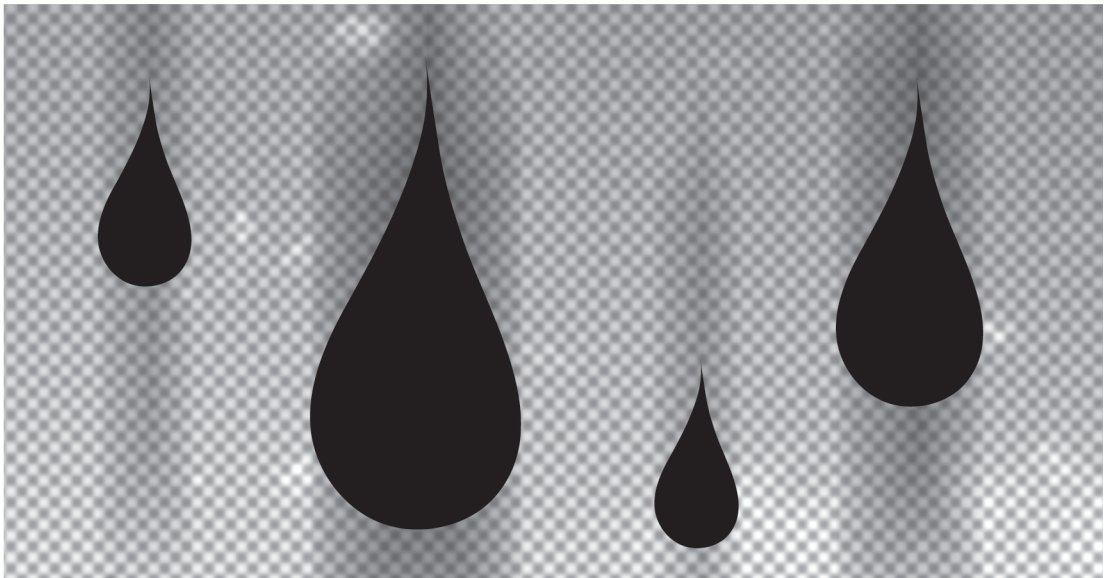


Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä



MÄÄRITELMÄ

Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä, josta tässä käytetään termiä akuutti kriisityö, on nopean ja määräkestoisen psykososiaalisen tuen antamista yksilöille ja yhteisöille äkillisen järkyttävän tapahtuman yhteydessä. Äkillinen järkyttävä tapahtuma käynnistää siihen osallistuneilla sopeutumisprosessin, jossa kaikki psyykkiset ja fyysisetkin voimavarat tulevat käyttöön. Tapahtuma koskettaa myös siihen osallistuneiden läheisiä ja laajemminkin yhteisöä.

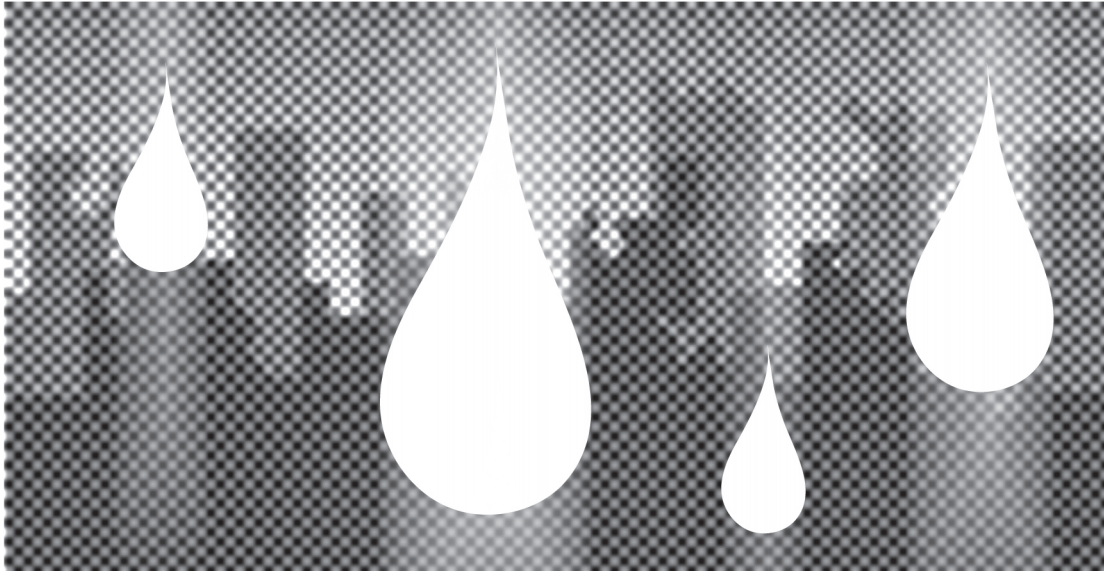
Akuuttiin kriisityöhön ei lueta pitkäkestoisten traumaattisten kokemusten, kuten hyväksikäytön, kaltoin kohtelun tai laiminlyönnin, aiheuttamien

psyykkisten vaurioiden hoitoa eikä kehitys- ja elämäntilannekriiseihin liittyvää psykologista ohjausta tai hoitoa.

Akuutin kriisityön toteuttamiseksi on Suomessa kehitetty toimintamalli. Toimintamalli on kuvattu liitteessä 1. Tämä suositus koskee mallin toteuttamista ja perustuu siinä kertyneeseen asiantuntijatietoon. Suosituksessa on otettu huomioon akuuttia kriisityötä koskeva tutkimustieto, jota on arvioitu liitteessä 2. Arviointitietoa suomalaisen kriisityön käytännön toimivuudesta, vaikutuksista ja vaikuttavuudesta on liitteessä 3.

AKUUTIN KRIISITYÖN TOTEUTTAMINEN JA EDELLYTYKSET

1. Henkilöillä, jotka ovat altistuneet äkilliselle järkyttävälle tapahtumalle tai äkillisesti menettäneet läheisen ihmisen tulee olla mahdollisuus saada psyykkistä ensiapua.
2. Psyykinen ensiapu tulee tarjota aktiivisesti ja se tulee antaa mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen.
3. Milloin tilanteeseen nähden arvioituna on asianmukaista, tulee kaikkien osallistujien kohdalla tarjota myös mahdollisuus järkyttävän tapahtuman käsittelyyn ryhmäkeskustelussa (varhainen psykologinen läpikäynti).
4. Arvioinnin suorittavat riittävän koulutuksen saaneet asiantuntijat ja sen tulee perustua tutkimus- ja kokemusnäyttöön.
5. Äkillisesti tapahtuneen järkyttävän tapahtuman käsittely ei saa muodostua osallistujille lisäkuormitukseksi.
6. Psykososiaalisen tuen tulee perustua yhteisymmärrykseen avun tarvitsijoiden kanssa. Tapahtuman käsittelyn määrän ja muodon tulee olla yhteensopiva tapahtuman luonteen ja sen psyykkisen käsittelyn vaiheen kanssa.
7. Tapahtuman ja sen herättämien ajatusten ja tunteiden psykologisen läpikäynnin tulee tapahtua luonnollisissa ryhmissä ja yhteisöissä, kuten esimerkiksi perheessä, laajennetussa perheessä, työyhteisössä, ystäväpiirissä, koululuokassa.
8. Ryhmien koostumuksesta ja niihin osallistujien määrittelystä tulee neuvotella tilanteen mukaisesti eri osapuolten kanssa ja osallistumiseen tulee aktiivisesti tarjota mahdollisuutta.
9. Samalla kun tuen antaminen perustuu sopeutumisprosessin vaiheeseen ja siihen liittyvään tutkimus- ja kokemustietoon on tunnistettava ja otettava huomioon sopeutumisen yksilölliset kehityskulut ja niiden vaihtelu.
10. Akuutin kriisityön ulottaminen osallistujan psyykkisen sopeutumisprosessin työstämis- ja käsittelyvaiheen yksilölliseen tukemiseen tulee perustua jatkohoidon tarpeen arviointiin ja sovitun asiakkuussuhteen muodostumiseen.
11. Työstämis- ja käsittelyvaiheen tuki voi toteutua myös ammatillisesti ohjattuna vertaistukena.
12. Todeutun tarpeen mukainen siirtyminen akuutista kriisityöstä äkillisen järkyttävän tapahtuman psykososiaaliseen jälkihoitoon tulee tapahtua suunnitelmallisesti ja saumattomasti. Tiedon siirtäminen jälkihoidolle tulee toteuttaa joustavasti ja yksilönsuoja huomioiden.
13. Akuuttiin kriisityöhön kuuluvan psyykkisen ensiavun edellyttämät valmiudet tulee olla mahdollisimman monella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä. Varhainen psykologinen läpikäynti on vaativa menetelmä ja se edellyttää lisäksi ryhmäkeskustelun vetämiseen kouluttautumista.
14. Sopeutumisprosessin työstämis- ja käsittelyvaiheiden työmuodot edellyttävät psykologisen tilan arvioinnin osaamista. Niiden toteuttaminen edellyttää työntekijältä kriisi- ja traumaterapiamenetelmien ja ammatillisesti johdetun vertaistuen erityisosaamista.



SUOSITUKSIA AKUUTIN KRIISITYÖN KEHITTÄMISEKSI

1. Kunnallisessa palvelujärjestelmässä tulee taata riittävät taloudelliset ja osaamisresurssit välittömän psykologisen kriisityön toteuttamiseen. Lisäksi tulee olla valmiudet lisäresurssien kohdentamiseen tarpeen mukaan.
2. Äkillisiä järkyttäviä tapahtumia koskevan tutkimuksen ei tule olla vain reaktiivisten häiriöiden kehitystä koskevaa, vaan onnistuneen psykologisen sopeutumisprosessin edellytysten ja niitä tukevien interventioiden tutkimusta. Tutkimustapoja ja -asetelmia tulee kehittää niin, että niissä otetaan huomioon tapahtumien ja akuutin kriisityön luonne.
3. Suomeen tarvitaan kriisi- ja traumapsykologisen työn kehittämiskeskus. Se voidaan esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän aloitteen mukaisesti sijoittaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen. Kehittämiskeskuksessa tulee olla riittävä kriisi- ja traumapsykologian asiantuntemus.
4. Sosiaali- ja terveysministeriöön mahdollisesti perustettavaan pysyvään asiantuntijatyöryhmään tulee saada riittävä kriisipsykologien edustus.
5. Kriisi- ja traumapsykologinen perustietämys tulee sisällyttää jokaisen psykologiksi valmistuvan koulutusohjelmaan. Näin taataan psykologien kriisipsykologian osaamistaso kaikilla psykologian sovellusalueilla.
6. Psykologien jatko- ja erikoistumiskoulutuksessa tulee olla mahdollisuus perehtyä syvällisesti kriisi- ja traumapsykologiaan.
7. Akuuttia kriisityötä tekeville psykologeille tulee taata mahdollisuus alan kehityksen jatkuvaan seuraamiseen ja oman ammattitaidon ja henkilökohtaisen jaksamisen ylläpitämisen edellyttämään täydennyskoulutukseen ja työnohjaukseen.

LIITE 1.

SALLI SAARI & TUULA HYNNINEN

Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa

JOHDANTO

Kriiseillä ja traumaattisilla tilanteilla tarkoitetaan tässä yhteydessä äkillisiä järkyttäviä tapahtumia ja niistä seuraavia psykologisia sopeutumisprosesseja. Varsinaisia kriisi- ja traumahoitoja ei tässä käsitellä. Käsiteltävää vaihetta kutsutaan akuutiksi kriisityöksi.

Esitykseen sisällytetään myös tämän vaiheen psykologisten interventioiden tavoitteet kahdessa eri muodossa: psykologiset tavoitteet ja tavoitteet makrotasolla eli yhteiskunnalliset tavoitteet

Suomessa toteutettava psykologinen kriisiapu akuutissa vaiheessa poikkeaa jossain määrin muualla Euroopassa tai maailmalla toteutettavasta kriisiavusta. Esitykseen on sisällytetty myös lyhyt katsaus olennaisimmista eroista.

LYHYT HISTORIA SUOMESSA

Suomessa on ainutlaatuinen akuutin kriisityön toimintamalli onnettomuuksien ja muiden äkillisten järkyttävien tapahtumien varalle. Koko maan kattava paikallisten (kunnallisten) kriisiryhmiä verkosto antaa psykososiaalista tukea ja palveluja traumaattisten tapahtumien uhreille välittömästi tapahtuman jälkeen. Päähuomio kriisiryhmiä työssä kohdistuu niin sanottuihin arkielämän traumaattisiin tapahtumiin, mutta työ kattaa myös suuronnettomuustilanteet. Tietävästi missään muualla maailmassa ei ole vastaavaa

kriisiryhmiä verkostoa nimenomaan arkielämän tapahtumia ajatellen.

Kriisi- ja katastrofipsykologinen toimintamalli tuli Suomeen Norjasta 1980- ja 90-lukujen vaihteissa. Norjaan malli oli omaksuttu USA:sta, ja sen pohjana oli Jeffrey T. Mitchellin kehittämistyö (Mitchell, 1983, 1993). Norjassa Mitchellin kehittämää CISD-menetelmää (kriittisten tilanteiden stressin jälkipuinti) muokkasi ja sen käyttöaluetta laajensi Atle Dyregrov, joka otti vuonna 1989 käyttöön termin ”psychological debriefing”, psykologinen jälkipuinti (Dyregrov, 1989, 1994, 1997). Käyttöalueen laajennus merkitsi sitä, että menetelmää alettiin soveltaa myös onnettomuuksissa menehtyneiden uhrien omaisten psyykkisten reaktioiden käsittelyyn. Siirtyessään Norjasta Suomeen menetelmän käyttöalue laajeni entisestään. Suomessa debriefing -menetelmää onkin käytetty äkillisten järkyttävien tapahtumien kaikkien psykologisten uhriryhmiä auttamiseen (Saari, 2000).

Ensimmäinen akuuttia kriisityötä tekevä kriisiryhmä aloitti toimintansa Suomessa 1.1.1990 Pietarsaareissa terveystieteiden psykologi Krister Anderssonin johdolla. Työmalli levisi nopeasti kautta maan, ensin ruotsin- ja suomenkieliselle Pohjanmaalle ja Oulun seudulle sekä Pohjois-Karjalaan ja vähitellen kaikkialle maahan. M/S Estonian haaksirikon jälkeen vuonna 1994 tapahtui kriisityön lopullinen läpimurto. Kriisiryhmä on perustettu kaikkein runsaimmin juuri vuonna 1994 ja muutamana vuonna sen molemmin puolin.

LIITE 1.

Suuret kaupungit kuten Turku, Tampere, Vantaa ja Helsinki organisoituivat viimeisinä.

Paikallisten kriisiryhmien perustamisessa keskeisenä liikkeelle panevana voimana on ollut paikkakunnalla tapahtunut järkyttävä tapahtuma, kuten esimerkiksi koulubussionnettomuus Kiteellä tai panttivankidraamat Mikkeliissä ja Lahdessa ja muut vastaavat tapahtumat. 1990-luvun loppuun mennessä Suomeen oli kehittynyt kattava kunnallisten kriisiryhmien verkosto, pääosin terveyskeskusten yhteyteen. Tietävästi mikään toinen toimintamalli ei ole aikaisemmin lyönyt itseään läpi niin nopeasti kuin kriisiryhmien työ. Huomionarvoista on, että Suomessa on valmius vastata myös niin sanottujen arkipäivän traumaattisten tapahtumien haasteisiin, mikä mahdollistaa nopean avun ja helpottaa ehkäisevää työtä. Edes Norjassa ei ole onnistuttu luomaan yhtä kattavaa paikallisten viranomaiskriisiryhmien verkostoa.

Huomionarvoista on myös, että kriisityön kehitys tapahtui ilman lainsäädännön tai keskushallinnon ohjausta ja korvamerkittyjä rahoja. Koko kriisityön kehitys Suomessa on tapahtunut ruohonjuuritasolla, kenttälähtöisesti, ”bottom up” -periaatteella (Hynninen, 2007). Vasta jälkeenpäin tai osin edellä mainitun kehityksen kanssa rinnan tulivat suosituksukset, ohjeistukset ja työtä tukeva lainsäädäntö. Toiminta ehti kuitenkin olla käynnissä miltei kymmenen vuotta, ennen kuin siihen velvoittava lainsäädäntö astui voimaan uuden pelastuslain ja -asetuksen myötä syyskuussa 1999.

Merkillepantavaa on myös, että kriisityö kehittyi kunnissa laman vuosina tai jälkimainingeissa, ajankohtana, jolloin ehkäisevä mielenterveystyö yleisesti jäi niin sanotun korjaavan työn jalkoihin.

Tällä hetkellä akuuttia kriisityötä on tehty Suomessa lähes 20 vuotta. Maassa on kattava paikallisten kriisiryhmien verkosto, joka toimii pääosin terveyskeskusten yhteydessä. Stakesin tutkimus kriisi-interventiojärjestelmän nykytilasta kertoo, että vuonna 2005 jo 89 % kunnista oli organisoitunut akuutit kriisipalvelut pääosin niin, että kunnassa toimi oma tai kuntayhtymän kriisiryhmä (Hynninen & Upanne, 2006). Lisäksi

maassa toimii 17 Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusta ja muutama kunnallinen kriisikeskus.

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on tänä päivänä lakisääteistä toimintaa Suomessa. Palveluiden järjestämisessä on säädetty pelastuslain (468/2003) ja -asetuksen (Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003, 6§) mukaan siten, että kunnan ja kuntayhtymien eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset huolehtivat tehtäväalueensa, keskinäisen työnjakonsa ja kuntia koskevan lainsäädännön mukaisesti yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen. Tarkempia ohjeita palvelujen järjestämisestä on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 1/1998 ”Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut”. Tämä muistio on juuri päivitetty (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, Työryhmän muistio, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2009: 41).

AKUUTIN KRIISITYÖN TAVOITTEET

A. Psykologiset tavoitteet

Akuutin kriisityön psykologiset tavoitteet määräytyvät kahdelta taholta. Yleisesti todetaan tutkimusten osoittavan, että äkillisen järkyttävän kokemuksen jälkeen suurin osa eli noin 2/3 selviytyy omin voimin ja ympärillä olevan sosiaalisen verkoston tuella ilman häiriökehitystä tai asiantuntijatahon apua. Näillä selviytyjillä on resilienssiä (Friborg & al 2005, Masten 2000, Bonanno 2004, Agaibi & Wilson 2005) eli psyykkistä kestävyyttä tai sitkeyttä.

Tämä kuva syntyy poikkileikkaustutkimuksista, mutta resilienssi on ominaisuus, jota voidaan kehittää. Sen kehittyminen edellyttää, että

- elämässä koetaan sopiva määrä vaikeuksia ja vastoinkäymisiä

LIITE 1.

- vaikeuden kohdatessa saadaan sen käsitteelyyn riittävästi opastusta ja tukea
- saadaan kokemus, että vaikeuksista voi selviytyä, kehittyä luottamus, että on kyky selviytyä

Jokainen äkillinen järkyttävä kokemus mahdollistaa resilienssin kehittymisen, jos siinä saadaan riittävästi opastusta ja tukea.

Äkillinen järkyttävä tapahtuma käynnistää sopeutumisprosessin, jossa kaikki psyykkiset ja fyysisetkin voimavarat ovat käytössä. Tällainen tilanne aiheuttaa epävarmuutta siitä, riittävätkö omat voimavarat. Itseluottamus ja itsearvostus joutuvat tällöin kovalla koetukselle ja horjuvat helposti.

Äkilliseen järkyttävään kokemukseen liittyy ajatuksia ja tunteita, joita on vaikeaa, jopa mahdotonta kohdata ja käsitellä. Tästä syystä kokemuksen integroiminen omaan elämänhistoriaan ja tätä kautta eheäksi osaksi omaa persoonallisuutta on psyykkisesti erittäin vaativa tehtävä. Tämän integroimisen käynnistäminen ja edistäminen ja tätä kautta dissosiaation vähentäminen on kriisiavun tavoite.

Akuutin kriisityön psykologiset tavoitteet ovat siis:

- resilienssin (psyykkisen kestävyuden, sitkeyden) kehittäminen
- itseluottamuksen ja arvostuksen ylläpitäminen ja tukeminen (self-efficacy, pystyvyysusko, Bandura, 1997)
- järkyttävän kokemuksen integroitumisen käynnistäminen ja edistäminen

B. Yhteiskunnalliset tavoitteet

- inhimillisen kärsimyksen vähentäminen
- työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen
- lääkkeiden käytön tarpeen ja lääkekulujen vähentäminen
- terveydenhuoltopalvelujen käytön vähentäminen
- väliaikaisen tai pysyvän työkyvyttömyyden vähentäminen

AKUUTIN KRIISITYÖN TOIMINTAPERIAATTEIDEN JA MENETELMIEN KUVAAMINEN

C. Akuutin kriisiavun tehokkuuden kannalta keskeisiä toimintaperiaatteita ovat

- avun oikea ajoitus, joka edellyttää
- avun aktiivista tarjontaa ensilinjan auttajien toimesta
 - asianomaiselta pyydetään lupa, että häneen voidaan olla yhteydessä
 - ei psykologista tarveharkintaa ensilinjan auttajien toimesta
- oikean lähestymistavan käyttöä oikeaan aikaan
- avun oikeaa ”annostelua”
 - tapahtumia käsitellään sen mukaan kuin asianomainen on valmis prosessoimaan niitä

D. Akuutin kriisiavun ajoitus, lähestymistavan valinta ja annostelu perustuu psykologiseen sopeutumisprosessiin ja sen vaiheisiin.

Sopeutumisprosessin vaiheet ovat (Saari, 2000, Cullberg, 1991):

i. Psyykinen sokki:

- on suojautumiskeino, joka esiintyy lähes aina, kun ollaan järkyttävässä tilanteessa tai kuullaan järkyttävä tieto
- mielen suojareaktio: mieli suojaa itseään tiedolta tai kokemukselta, jota se ei kestä
- kestää niin kauan kuin stressi- tai uhkailanne jatkuu,
- toimintakyky säilyy
- kestoon vaikuttaa myös tapahtuneen järkyttävyyssaste: mitä järkyttävämpi tapahtuma, sitä kauemmin kestää sokki

ii. Reaktiovaihe:

- edellyttää, että ollaan turvassa
- tullaan tietoiseksi, mitä todella on tapahtunut ja mitä se merkitsee itsellä ja omalle elämälle
- voimakkaat ajatukset ja tunteet
- heikentynyt toimintakyky
- mieli auki, tavanomaiset defenssit eivät vielä toimi

LIITE 1.

iii. Työstämis- ja käsittelyvaihe:

- tavoitteena etäisyyden saaminen järkyttävään kokemukseen, defenssit alkavat jälleen toimia
- prosessi hidastuu
- ajatusten ja tunteiden perusteellisempi työstäminen: vaatii enemmän aikaa, ja työstämis- ja käsittelyvaiheessa aikaa onkin enemmän
- tavoitteiden ja tehtävien sopeuttaminen heikentyneeseen toimintakykyyn

E. Kriisityön lähestymistapojen ja menetelmien valinta sopeutumisprosessin vaiheiden mukaan*i. sokkivaihe – psyykkinen ensiapu*

Psykkisessä ensiavussa olennaista:

- Mahdollisuus käydä tapahtuma mielessä läpi niin monta kertaa kuin tarpeellista. Siihen tarvitaan tietoa tapahtumasta. Pohjana voi olla oma kokemus (ollut itse mukana) tai se, mitä on kuullut viranomaisilta, medias-ta tai muilta mukana olleilta
- Psyykkinen supportio: aktiivista kuuntelua, reaktioiden vastaanottamista ja säiliöimistä, keskustelun pitämistä avoimena (kysymykset avaavat, sen sijaan lohduttaminen, kannan ottaminen, mielipiteen ilmaisu voivat sulkea)
- ennustettavuuden lisääminen auttamalla valmistautumaan tuleviin tapahtumiin ja reaktioihin (psykoedukaatio)
- pysytään pelkässä tuessa, ei mennä pitkälle tunteista puhumiseen

ii. reaktiovaihe – varhainen interventio (varhainen psykologinen läpikäynti)

Luonnollisiin ryhmiin ja yhteisöihin (perhe, laajennettu perhe, työyhteisö, ystäväpiiri, koululuokka jne.) kohdistuva ryhmämuotoinen tapahtuman ja sen herättämien ajatusten ja tunteiden psykologinen läpikäynti.

Varhaisessa interventiossa olennaista:

- ryhmän oikea kokoonpano (ryhmän ”yhteiset nimittäjät”, esimerkiksi saman perheen jäsenyys, sama työpaikka, samanlainen rooli

onnettomuustapahtumassa)

- ryhmien muodostaminen altistumisen, sosiaalisen tuen maksimoimisen ja jakamisen tärkeyden ja helppouden perusteella
- ryhmän jäsenten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen
- rohkeus ja taito vaikeiden ajatusten ja tunteiden käsittelyyn ja juuttumien purkamiseen
- ryhmäprosessin hyväksikäyttö
- ryhmän tapaamisten oikea rytmitys ottaen huomioon osallistujien tarpeet ja vastaanotto- ja käsittelykyky (oikea annostelu), ryhmän tapaamisia tarpeen mukaan
- lisäavun tarvitsijoiden tunnistaminen ja ohjaaminen tarvittaviin palveluihin
- erittäin vaativaa vetäjien taitojen ja osaamisen osalta

iii. Työstämis- ja käsittelyvaihe – kriisi- ja traumaterapiat, ammatillisesti johdettu vertaistuki

Pitkäkestoisempien, osittain tiedostamattomien ja myös fyysisten reaktioiden ja muistojen käsitteleminen traumaterapeuttisia menetelmiä käyttäen

- huonosti puheen keinoin tavoitettavissa olevien tuntemusten (traumaattiset muistot, jotka ovat tallentuneet eikielellisessä muodossa) käsittely esimerkiksi EMDR:llä (silmänliikkeillä poishermostaminen ja uudelleen prosessointi, Shapiro, 1995)

Ammatillisesti johdettu vertaistuki, jossa samassa asemassa olevat ja samantyyppisen kokemuksen kokeneet voivat jakaa kokemuksiaan kriisityön ammattihenkilön johdolla (Saari, 2006, Dyregrov, ynnä muun 2009). Tässä vertaistuksessa olennaista

- ryhmien muodostaminen mahdollisimman homogeenisiksi kokemuksen, perheaseman, iän jne. suhteen.

Vertaistuki edellyttää:

- runsaasti etukäteistietoa vertaistukeen tulijoista

LIITE 1.

- riittävää populaatiota, jotta ryhmät voidaan muodostaa homogeenisiksi
- vertaistukiprosessin huolellista suunnittelua tapaamisten ajankohtien, keskeisten teemojen, käsittelymenetelmien ynnä muun valinnassa
- asiantuntevia ja sitoutuneita vetäjiä.

Eri kriisityön menetelmillä ja eri sopeutumisprosessin vaiheissa on mahdollista tavoittaa ja käsitellä psyyken eri tasoilla olevia ilmiöitä. Tästä syystä hyvän kriisiavun pitäisi käsittää ainakin psyykkisen ensiavun ja varhaisen intervention tarjoamisen kaikille niille, jotka ovat altistuneet äkilliselle järkyttävälle tapahtumalle tai äkillisesti menettäneet läheisen ihmisen. Työstämis- ja käsittelyvaiheen intervention tarpeen osalta arvio tulisi tehdä varhaisen intervention perusteella. Poikkeuksen tähän muodostaa vertaistuki, jota tulee tarjota kaikille tapahtumassa mukana olleille.

VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYKSESTÄ AKUUTISSA KRIISITYÖSSÄ

Varhainen interventio (psykologinen läpikäynti) on olennaisesti ryhmämuotoista apua. Yksilöllisesti toteutetussa kriisiavussa menetetään olennaisia hyvän kriisiavun elementtejä. Ryhmäistunnoissa uhrin saavat kokemuksen, että heidän reaktionsa eivät ole ”poikkeavia”, vaan samanlaisia on muillakin (=normalisointi). Kokemusten jakaminen saman kokeneiden tai läheisten ihmisten kanssa koetaan voimaannuttavaksi. Ryhmäistunnoilla on tärkeä rooli sosiaalisen tuen vahvistamisessa järkyttävän kokemuksen jälkeen. Tapahtumien läpikäynti luonnollisissa ryhmissä (esimerkiksi perhe) rohkaisee ja edistää perheen kykyä keskustella ja käsitellä tapahtunutta keskenään myös jatkossa. Ryhmässä tapahtuva läpikäynti voi myös olla helpompaa ja vähemmän kuormittavaa kuin yksilöllisesti tapahtuva käsittely.

Akuutin kriisiavun tehokkuus edellyttää hyvää vuorovaikutusta kriisityöntekijöiden ja asianosaisten välillä. Kriisityöntekijöiden tulee tarkasti tunnistaa asianosaisten tarpeet eri vaiheissa ja ottaa ne huomioon. Nämä tarpeet ovat erilaisia psyykkisen

sopeutumisprosessin eri vaiheissa. Täten myös vuorovaikutus työntekijöiden ja asianosaisten välillä on erilaista eri vaiheissa.

Sokkivaiheessa on olennaista antaa kaikki tila asianosaiselle. Olennaista on aktiivinen kuuntelu, läsnä ja käytettävissä oleminen. Keskeistä on, että työntekijä kestää asianosaisten voimakkaat tunteet, ottaa ne vastaan säilyttäen oman levollisuuden ja siten luo turvallisuutta ahdistavaan tilanteeseen (Saari ym., 2009).

Reaktiovaiheessa on olennaista, että työntekijällä on kyky tunnistaa asianosaisten psyykkisen käsitteilyn solmukohtat tai juuttumat, uskaltaa aktiivisesti ottaa ne esille ja auttaa asianosaisia menemään kohti vaikeita ajatuksia ja tunteita ja täten auttaa heitä näiden solmukohtien ratkaisemisessa ja juuttumien purkamisessa. Tässä vaiheessa työntekijän tehtävänä on olla aktiivinen ja auttaa asianosaisia tulemaan tietoisiksi järkyttävän kokemuksen tuottamista reaktioista, ajatuksista ja tunteista. Koska käsittely useimmiten tapahtuu ryhmässä, työntekijän tehtävänä on myös edistää istuntoon osallistuvien keskinäistä vuorovaikutusta ja keskinäistä tukea.

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa vuorovaikutuksen vaatimukset lähestyvät luonteeltaan psykoterapian vuorovaikutusta kuitenkin niin, että keskitytään järkyttävään tapahtumaan ja sen aiheuttamiin tuntemuksiin. Asianosaisilla on taipumus välttää psyykkistä kipua ja tästä syystä välttää järkyttävän tapahtuman käsittelyä. Työntekijän tehtävänä on huolehtia riittävästä, mutta turvallisesta tapahtuman aiheuttamien ajatusten, tunteiden ja ruumiillisten reaktioiden kohtaamisesta ja käsittelystä.

UHAT/RISKIT AKUUTISSA KRIISIIVUSSA

Tehokas akuutti kriisiapu poikkeaa monessa suhteessa tavanomaisesta mielenterveydestä. Uhat kriisityössä ovat erilaisia sopeutumisprosessin eri vaiheissa. Koska eri vaiheissa tarvitaan erilaista apua, avun väärä ajoitus vie siltä tehoa eikä tunnu hyvältä. Tärkeää on myös avun oikea annostelu. Liian suuret annokset liian varhain vievät kriisiavulta tehoa.

Sokkivaiheessa auttaa aktiivinen kuuntelu, levollinen läsnäolo, käytettävissä oleminen ja kyky

LIITE 1.

rauhhoittaa. Trauman käsittelyprosessia ei tule avata sokkivaiheessa, koska asianosaisille ei vielä ole mahdollista käsitellä tapahtumaa syvemmin. Jos varhainen interventio (psykologinen läpikäynti) ajoittuu liian aikaiseen eli sokkivaiheeseen, sillä ei ole tehoa.

Ammattitaitoisessa kriisityössä ei myöskään avata traumaattisen tapahtuman käsittelyprosessia uhka- tai stressitilanteen vielä jatkuessa. Tällaisesta toiminnasta potilaalle saattaisi olla haittaa (tarpeellinen suojareaktio murretaan). Jos potilas esimerkiksi on fyysisen vamman vuoksi hoidettavana sairaalassa, jatkuu uhka- ja stressitilanne ja samalla sokkivaihe.

Sokkivaiheessa yksi keskeinen uhka on, ettei auttaja kestä asianosaisten voimakkaita tunteita, vaan lähtee itse ottamaan tilaa kertomalla omia kokemuksia, ottamalla kantaa tai lohduttamalla liian aikaisin. Tällöin asianosainen ei voi riittävästi käsitellä omia ajatuksiaan ja tunteitaan, vaan käsittely estyy. Puutteelliset taidot tunteiden ja reaktioiden vastaanottamisessa ja säiliöimisessä tuottavat kyvyttömyyttä auttaa, asianosaisten sulkeutumista ja loukkaantumista.

Uhkana on myös kylmä kyyninen suhtautuminen, koska tapahtuma on vietävä riittävän kauan itsestä, jotta sen kestäisi. Voi käydä niin, että auttajat suojautuvat voimakkaita tunteita vastaan, jotta pysyisivät säilyttämään oman mielenrauhonsa.

Reaktiovaiheessa ongelmia voi tuottaa varhaisen puuttumisen vastustus: uskomus, että valtaosa ihmisistä selviää omin avuin, jolloin apua tarjotaan vasta kun häiriö on kehittynyt. Myös avun tarvitsijoiden tavoittamisessa (kattavasti) on edelleen ongelmia. Haittaa voi aiheuttaa myös kriisityöhön kohdistunut virheellinen kritiikki, joka uhkaa toimivaa, kliinisesti koeteltua työmuotoa: työntekijät eivät uskalla tehdä, tuen tarvitsijat eivät uskalla haakeutua avun piiriin.

Reaktiovaiheessa ongelmia tuottaa myös passiivisuus avun tarjoamisessa. Nykyisin tiedetään, että traumaattisen tapahtuman kohtaamisen ja työstämisen välttely on vahingollista. Traumaperäinen stressihäiriö kroonistuu kolmen kuukauden kuluessa. Traumaperäisen stressihäiriön rinnalle kehitty usein ajan kuluessa depressio ja muita psyykkisiä

häiriöitä, yleisimmin alkoholin väärinkäyttöä tai alkoholiriippuvuus ja ahdistuneisuushäiriö. Tuoreesta traumasta johtuvan häiriön hoitaminen on helpompaa kuin kroonisten tai kompleksisten traumaperäisten stressihäiriöiden. Apua on siis tarjottava aktiivisesti ja mahdollisimman varhain.

Varhaisen intervention (psykologinen läpikäynti) osalta olennaista on oikea-aikaisuus ja sopivuus autettavan tarpeisiin. Yhtä tärkeää on ryhmän tapaamisten oikea rytmitys ottaen huomioon osallistujien tarpeet ja vastaanotto- ja käsittelykyky (oikea annostelu). Pitkään vallalla on ollut mekaaninen käytäntö, jossa tarjotaan yksi jälkipuintitilaisuus perheelle ja sen jälkeen seurantakontakti noin kuukauden kuluttua. Kriisiavun oikea annostelu ja asianosaisten tarpeiden ja vastaanottokyvyn huomioiminen kriisi-istunnoissa voi tarkoittaa useamman istunnon järjestämistä esimerkiksi viikon sisällä erityisen järkyttävissä tilanteissa. Mikäli oikea ajoitus ja annostelu epäonnistuu, sitä aiheutuu asianosaisten sulkeutumista ja loukkaantumista ja vetäytymistä pois avun piiristä.

Oikea ajoitus ja asianosaisten tarpeiden ja vastaanottokyvyn huomioiminen merkitsee myös sitä, että osataan tunnistaa voimakas ahdistuneisuus ja äärimmäiset defenssit (esimerkiksi tapahtuneen kieltäminen), jotka ovat merkkejä siitä, ettei traumaa vielä voida käsitellä, vaan on keskityttävä rauhoittamiseen ja turvallisuuden tunteen vahvistamiseen. Kriisi-istunnon viivästyminen liian pitkälle taas aiheuttaa osanottajille tunteen siitä, että jo arpeutunutta haavaa revitään auki. Tällöin on jo siirrytty työstämis- ja käsittelyvaiheeseen, jolloin käytettäviä menetelmiä ovat kriisi- ja traumaterapiat, sururyhmät ja ammatillisesti johdettu vertaistuki.

Reaktiovaiheessa uhat liittyvät myös työntekijän liian passiiviseen asennoitumiseen tai toimintaan. Ei uskalleta riittävän rohkeasti konfrontoida asianosaisten vaikeita kokemuksia, jolloin ne jäävät käsittelemättä.

Ongelma on myös seurannan ja jatkohoidon tarpeen arvioinnin laiminlyöminen. Suomessa varhaisen intervention (psykologisen läpikäynnin) tarkoituksena on seuloa jatkoapua tarvitsevat ja ohjata heidät tarvittavaan hoitoon. Tämän tehtä-

LIITE 1.

vän kannalta olennainen rooli on oikein ajoitetulla ja riittävällä seurannalla.

Seurantaistuntoja on syytä järjestää asianosaisten tilanteen ja tarpeiden mukaan. Seurannan tiheys ja kesto riippuu muun muassa asianosaisten altistuksen vakavuudesta. Seuranta voidaan järjestää myös puhelimitse niille, joista istunnon vetäjät ovat huolissaan. Rajuimmissa tapauksissa voi olla syytä järjestää seurantakontakti tai -kontakteja puolen vuoden kuluttua tapahtumasta ja lisäksi vuosipäivänä.

Myös kriisityöntekijöiden pätevyys on erittäin tärkeää työn laadun ja vaikuttavuuden kannalta. Kaikki eivät osaa tehdä kriisityötä. Se vaatii erityistaitoja ja -koulutusta, hyvän ammattitaidon merkitys on keskeinen. Kaikki eivät pysty tekemään kriisityötä. Se vaatii hyvää stressinsietokykyä, erityistä sitoutumista, kykyä kestää vahvoja tunteita ja hyvää tilannetajua. Työtä tulee myös tehdä riittävästi, jotta tieto ja kokemus kertyisi osaamiseksi. Toisaalta kriisityötä ei voi tehdä koko ajan, jotta herkkyyssäilyisi.

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa uhat ovat usein samansuuntaisia kuin reaktiovaiheessa: ei pystytty riittävästi keskittymään järkyttävän tapahtuman käsittelyyn, vaan vältetään liikaa psyykkisen kivun tuottamista. Usein myös työntekijältä puuttuu keinot järkyttävän kokemuksen kognitiiviseen käsittelyyn.

MITÄ SUOMESSA KÄYTETTÄVIEN MENETELMIEN TOIMIVUUDESTA TIEDETÄÄN

Yhteenvedonomaaisesti voidaan todeta, että Suomessa tehtävä akuutti kriisityö perustuu synteisiin alan tieteellisistä tutkimuksista, kansainvälisistä käypä hoito -suosituksista ja konsensusraporteista ja ennen kaikkea laajasta ja monipuolisesta kliinisestä kokemuksesta. Mikään menetelmällinen lähtökohta tai menetelmä ei perustu juuri siitä tehtyyn tutkimukseen, vaan tutkimustuloksia (mm. Holen, 1990, Dyregrov, 1998, Raphael, 1986, Yule & Joseph, 1997) on käytetty menetelmien edelleen kehittämiseen. Näin on tehty myös esimerkiksi varhaisen intervention kehittämisessä, jossa on otettu huomioon muun muassa Cochrane-katsauksessa

psykologisesta debriefingistä esitetyt tulokset (ks. mm. Hobb, ym. 1996, Bisson, ym. 1997, Wahlbeck, 1999). Tästä syystä Suomessa kriisityö ei koskaan käsitä vain yhtä ainutta istuntoa. Istunnon ajoittamiseen kiinnitetään erityistä huomiota ja istunnossa käsitellään asioita, ajatuksia ja tunteita vain niin pitkälle, kuin osallistujien psyykkinen tila mahdollistaa. Vetäjien taitoa ajatusten ja tunteiden käsittelyssä korostetaan samoin kuin ryhmädynamiikan hallintaa. Suomessa onkin varhaiseen kriisityöhön sisällytetty paljon tutkimuksissa tehokkaaksi todetun kognitiivisen psykoterapian aineksia.

Suomessa kriisi-interventioiden ajoitus ja sisältö hyvässä käytännössä määräytyy psyykkisen sopeutumisprosessin eri vaiheiden perusteella. Tämä prosessi ja sen vaiheet on kehitetty ruotsalaisen psykiatrin Johan Cullbergin (1991) esittämään teoriaan kriisin eri vaiheista, jonka hän kehitti oman kliinisen kokemuksensa pohjalta. Nämä vaiheet on Suomessa sovitettu äkillisiä järkyttäviä tapahtumia seuranneeseen sopeutumisprosessiin. Myöskään tämä teoria ei ole tieteellisessä tutkimuksessa todennettua, mutta se on tullut todennetuksi lukuisissa tilanteissa, joissa on päästy seuraamaan sopeutumisprosessia ensi tunneista lähtien. Se on tullut lukemattomat kerrat todennetuksi myös koulutustilaisuuksissa, joissa ihmiset retrospektiivisesti ovat käyneet läpi omia kokemuksiaan (asiakaslaute).

SUOMEN JA KANSAINVÄLISEN KÄYTÄNNÖN EROT

Suomi on ainoa maa, jossa kriisityössä jäsennetään äkillisen järkyttävän tapahtuman jälkeisiä tapahtumia käyttämällä edellä kuvattua psyykkistä sopeutumisprosessia ja sen vaiheita. Kansainvälisesti puhutaan yleensä ”välittömistä reaktioista” ja ”pitkäkestoisista reaktioista”, jolloin kriisityötä kuvataan välittömänä kriisiapuna ja keski- ja pitkänajan apuna. Hyvin vähän, jos lainkaan, puhutaan interventioiden oikeasta ajoituksesta annostelusta puhumattakaan. Interventioissa käytettyjen menetelmien yhteys kriisiprosessiin on löyhä, jos sitä on ollenkaan. Menetelmiä käytetään usein jäykästi ja keskustelu keskittyy siihen, saako jotakin menetel-

LIITE 1.

mää käyttää vai ei, ei siihen, miten sitä tulisi tutkimustulosten mukaan kehittää. Tämä johtuu osin varmasti siitä, että suurin osa kriisityötä tekevästä ja siitä vastaavista ei ole psykologeja, vaan sosiaalityöntekijöitä, pappeja, sairaanhoitajia, lääkäreitä, psykiatreja, pelastustyöntekijöitä ja poliiseja, eivätkä he hallitse eivätkä näin ollen pysty myöskään kehitt-

tämään psykologista teoriapohjaa ja siihen perustuvia lähestymis- ja menettelytapoja. Vain Suomessa psykologeilla on kriisityössä johtava asema.

Kirjoitus on laadittu yhteistyössä Suomen psykologiiton kriisi- ja traumapsykologian toimikunnan kanssa.

Kirjallisuutta

- Agabi, C. & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 195–216.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.W. Freeman.
- Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J. & Banister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Cullberg, J. (1991). *Tasapainon järjkyssä – psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkimus*. Otava, Helsinki.
- Dyregrov, A. (1989a). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25–30.
- Dyregrov, A. (1994). *Katastrofipsykologian perusteet*. Vastapaino, Tampere.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 5889–605.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing – An effective method. *Traumatology*, 4, 6–15.
- Dyregrov, A., Straume, M. & Saari, S. (2009). Long-term collective assistance for the bereaved following a disaster: A Scandinavian approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9, 33–41.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J.H. & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29–42.
- Hobb, M. Mayou, R., Harrison, B. & Worlock, P. (1996). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438–1439.
- Holen, A. (1990). *A long-term outcome study of survivors from a disaster*. University of Oslo.
- Hynninen, T. & Upanne, M. (2006). Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. *Raportteja, Stakes 2006*, num 2.
- Hynninen, T. (2007). Akuutti kriisityö Suomessa. Teoksessa Karila, A. & Eskola, J. (toim). *Mielekäs Suomi – näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Masten, A.S. (2000). *Children who overcome adversity to succeed in life*. University of Minnesota Extension Service, Communication and Educational Technology Services.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes, the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency and Medical Services*, 8, 36–39.
- Mitchell, J.T. ja Everly, G.S. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) Ellicott City: Chevron Publishing Corp.
- Pelastuslaki n:o 468/2003.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. New York; Basic Books.
- Saari, S. (2008). *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Otava, Keuruu.
- Saari, S. (toim.). (2006). *Ammatillisesti johdettu vertaistuki ja tsunamin psyykkisistä seurauksista selviytyminen. Suomen Punaisen Ristin psykologinen vertaistukitoiminta menehtyneiden omaisille*. Suomen Punainen Risti.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. (toim.) (2009) *Hädän hetkellä – Psyykkisen ensiavun opas*. Duodecim.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. The Guildford Press, New York.
- Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1998:1.
- Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2009: 41.
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta n:o 787/2003.
- Wahlbeck, K. (1999). Cochrane –katsaus. Psykologinen jälki-puinti vaikutukseton ja ehkä haitallinenkin. *Suomen Lääkärilehti* 54, 70–73.
- Yule, W., Williams, R. & Joseph, S. (1997). The Herald of Free Enterprise disaster. Teoksessa: Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. & Mezey, G. (toim.) *Psychological Trauma. A Developmental Approach*. Gaskell, London.

LIITE 2.

MARI-PAULIINA VAINIKAINEN

Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa

Psykologisten käytäntöjen vaikuttavuutta voidaan tarkastella kokoamalla vaikuttavuustutkimusten tuloksia yhteen systemaattiseksi katsaukseksi ja meta-analyyseiksi. Akuutin kriisityön vaikuttavuutta on arvioitu kansainvälisesti tarkastelemalla traumaperäisen stressioireilun ennaltaehkäisymahdollisuuksia yksittäisiä jälkipuinti-istuntoja käyttäen. Systemaattisia katsauksia löytyy jonkin verran myös laajemmista kriisi-interventioista varsinkin työssään helposti traumatisoituvien työntekijäryhmien työkyvyn ylläpitäjänä. Kansainvälinen tutkimusnäyttö on melko ristiriitaista, ja se osoittaa ennen kaikkea sen, että puutteellisen koulutuksen saaneen vetäjän johtamat yksittäiset jälkipuintikeskustelut eivät monille asiakkaille riitä traumaattisten kokemusten jälkihoidoksi. Sen sijaan interventiot on toteutettava asiakkaiden tilanteesta riippuen tarvittavan laajuisina. Asiakkaat kokevat kuitenkin hyötyvänsä yksittäisistäkin keskusteluista, vaikka niiden ehkäisevä teho on väistämättä rajallinen. Laajempien varhaisten kriisi-interventioiden toimivuudesta on melko paljon näyttöä etenkin eri työntekijäryhmien ja jo oireilevien asiakkaiden kanssa toimittaessa. Psykologisen ensiavun tarjoaminen kaikille asianosaisille on perusteltua avun tarpeen kartoittamisen näkökulmasta, mutta kriisityöntekijöiden on oltava riittävän ammattitaitoisia kyetäkseen tunnistamaan joukosta asiakkaat, joille tilanteen purkaminen aiheuttaa liikaa ahdistusta. Kriisityöntekijöiden asianmukainen koulutus ja kokemus ovat siis ensiarvoisen tärkeitä. Suomalainen akuutin kriisityön käytäntö ottaa hyvin huomioon nämä tutkimustulosten osoittamat ongelmakohdat, mutta lisää tutkimustietoa suomalaisen käytännön vaikuttavuudesta tarvitaan ehdottomasti. Akuutin kriisityön vaikuttavuutta tulisi kansainvälisestäkin arvioida monipuolisemmin tarkastelemalla traumaperäisen oireilun ehkäisytehon ohella kriisityön muita terapeuttisia vaikutuksia.

JOHDANTO

Systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit vaikuttavuuden arvioinnin apuvälineinä

Systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit ovat hyödyllisiä tiedonlähteitä kun halutaan saada tietoa psykologisia käytäntöjä koskevista vaikuttavuustutkimuksista rajallisen ajan puitteissa. Huolellisesti tehtyihin katsauksiin on pyritty keräämään kaikki

saatavilla oleva tutkimustieto jostakin tietystä aiheesta. Systemaattisten katsauksien tai meta-analyysien arvo onkin juuri perusteellisesti tehdyssä tutkimustiedon kokoamistyössä. Hyvissä katsauksissa on kuvattu yksityiskohtaisesti tutkimusten etsimisen prosessi, mikä sisältää lukuisten viitetietokantojen systemaattisen läpikäynnin aiheen rajauksen yhteydessä määriteltyjen hakusanojen avulla ja kaikkien näin löytyneiden vaikuttavuustutkimusten paikallistamisen.

LIITE 2.

Systemaattisten katsauksien ja meta-analyysien tulosten tulkinnassa on kuitenkin noudatettava varovaisuutta. Niissä esitetyt johtopäätökset riippuvat usein hyvin voimakkaasti tekijöiden asettamista tutkimuskysymyksistä sekä eritoten tutkimusten laatua koskevista kriteereistä. Monen katsauksen päätelmät perustuvat vain murto-osaan alun perin löydetystä vaikuttavuustutkimuksista, sillä suuri osa läpikäydyistä tutkimuksista ei ole täyttänyt katsauksen tekijöiden tutkimuksille asettamia vaatimuksia. Jos lukijan tavoitteena on saada mahdollisimman kattava kuva aiheesta olemassa olevasta tutkimusnäytöstä, systemaattisen katsauksen tai meta-analyysin päätelmien ohella onkin erittäin hyödyllistä tutustua tarkemmin myös tutkimuksiin, jotka jostain syystä on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

Vaihtoehtoisesti monipuolisen käsityksen saamiseksi voi tutustua useisiin samasta aiheesta tehtyihin katsauksiin, jotka tarkastelevat asiaa hieman eri näkökulmasta tai erilaisin kriteerein. Vuodessa julkaistavien psykologisia ja psykiatrisia hoitomuotoja koskevien systemaattisten katsausten määrä moninkertaistui 2000-luvulle tultaessa (Sensky, 2003), ja sen seurauksena niiden kriittinen tarkastelu ja vertailu on ollut helpompaa. Täsmälleen samasta aiheesta tehdyt katsaukset saattavat poiketa toisistaan huomattavasti niihin sisällytettävien tutkimusten valintakriteereistä johtuen, ja joskus kriteerit ohjaavat lopputuloksia niin voimakkaasti, että katsauksen päätelmät liittyvät tutkittavan aiheen todellisiin ilmenemismuotoihin enää vain hyvin kapea-alaisesti. Lukijan tehtäväksi jää silloin käsiteltyjen työmenetelmien vertailu hyvään psykologiseen käytäntöön ja katsauksen päätelmien tarkastelu siinä valossa.

Hyvin suuri osa psykologisia käytäntöjä koskevista systemaattisista katsauksista ja meta-analyysistä perustuu edelleenkin lääketieteestä suoraan lainattuun malliin (ks. esim. Vainikainen, 2009), jossa korostetaan satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailuiden merkitystä. Kyseisen tutkimusasetelman kautta saadaan tärkeää tietoa tarkkaan rajattujen interventoiden toimivuudesta muihin menetelmiin verrattuna, mutta psykologisia käytäntöjä ei usein ole mahdollista arvioida tällä tavalla.

Psykologisten työmenetelmien sisältöä voidaan harvoin vakioda niin, että kaikkien tutkimusryhmään kuuluneiden voidaan sanoa saaneen täsmälleen samanlaisia palveluita. Psykologin työmenetelmien tarkka sisältö määrittäytyy usein tapauskohtaisesti yksilön tai yhteisön tarpeiden perusteella, kun taas satunnaistetuissa koeasetelmissa asioita tarkastellaan häiriölähtöisesti. Asiakkaiden satunnaistaminen palveluita saaviin ja niitä vaille jääviin voi myös olla eettisesti ongelmallista, eikä lähtötason arvioinnin tekeminenkään ennen tuen tarjoamista ole sopivaa kaikissa tilanteissa. Jos systemaattisissa katsauksissa tai meta-analyysissä pyritään noudattamaan lääketieteellisiä kriteereitä liian tiukasti, niihin saattaa erittäin perusteellisesta taustatyöstä huolimatta valikoitua lopulta mukaan ainoastaan interventioita, joissa työntekijän ammattitaito ja asiakkaiden yksilölliset ominaisuudet eivät saa kovinkaan suurta painoarvoa. Sen sijaan näin arvioitavilla interventioilla pyritään tietynlaisen oireilun poistamiseen tiukasti käsikirjaa noudattaen. Käytännössä tämä tarkoittaa toisaalta kognitiivis-behavioraalisten menetelmien korostumista mutta valitettavasti myös sitä, että katsauksissa on usein mukana metodologisesti virheellisiä tutkimuksia, joilla ei kuitenkaan ole sisällöllisesti juurikaan yhtäläisyyksiä hyvien psykologisten käytäntöjen kanssa.

Tutkimusasetelmakriteereiden ohella systemaattisten katsauksien ja meta-analyysien päätelmien luotettavuutta kyseenalaistavat usein liian kapeasti rajatut työmenetelmien vaikuttavuuden määritelmät. Arvioinnin kohteeksi valitaan tyypillisesti jokin yksittäinen vaikuttavuuden ulottuvuus, esimerkiksi tietynlaisten oireiden poistuminen tai jonkin yksittäisen asian lisääntyminen tietyn intervention seurauksena. Näin hyvin suuri osa alun perin löydettyjen tutkimusten sisältämistä tärkeistäkin muista havainnoista jää katsauksessa kokonaan käsittelemättä, ja voi jopa käydä niin, että muutoin hyvin tulokselliseksi osoittautunut interventio näyttäytyy katsauksissa hyödyttömänä, kun sen vaikutuksia juuri katsauksessa arvioitavaan asiaan ei ole kyetty osoittamaan. Lisäksi on otettava huomioon, että terapiaprosessin tuloksellisuuden kriteerit eivät ole lainkaan yksiselitteisiä (Leiman, 2004). Esimerkiksi lääketutkimuksessa oireiden vähenty-

LIITE 2.

mistä on helppo pitää osoituksena lääkkeen tehokkuudesta, mutta psykologisten menetelmien yhtenä tavoitteena saattaakin olla oiretiedostuksen lisääntyminen. Tällöin asiakkaan itse raportoimien oireiden lisääntyminen voi olla jopa hyvä merkki, vaikka lääketieteellisiä kriteereitä noudattavissa systemaattisissa katsauksissa tämä tulkittaisiin yleensä osoitukseksi menetelmän haitallisuudesta.

Näyttöön perustuvien terveydenhuollon käytäntöjen asiaa ajaa nykyään voimakkaimmin The Cochrane Collaboration, joka on laajentanut toimintaansa lääketieteellisten systemaattisten katsausten tekemisestä myös psykososiaalisten hoitomuotojen arviointiin. The Cochrane Collaborationin toiminta perustuu Archie Cochranen 1970-luvulla esittämiin ajatuksiin siitä, että yhteiskunnan varoin tulisi kustantaa ainoastaan sellaisia hoitomuotoja, joiden toimivuudesta on olemassa vankka tieteellinen näyttö (The Cochrane Collaboration; ks. myös Vainikainen, 2009). Lääketieteessä vanalla näytöllä tarkoitetaan melko yksiselitteisesti satunnaistetuilla kokeellisilla ryhmävertailuilla saavutettuja tutkimustuloksia. The Cochrane Collaboration toimeksiannosta tehdyissä systemaattisissa katsauksissa tällaisia tutkimusasetelmille asetettuja kriteereitä sovelletaan suoraan myös psykososiaalisten työmenetelmien kohdalla. Tämän seurauksena – vaikka Cochrane-katsauksissa taustatyö vaikuttavuustutkimusten löytämiseksi tehdään äärimmäisen huolellisesti – suurin osa löydetystä tutkimuksista rajautuu lopulta käsittelyn ulkopuolelle ja katsauksien päätelmät perustuvat harvalukuisille, keskenään epäyhtenäisille tutkimuksille, joiden sisällön suhdetta kliinisen kokemuksen kautta havaittuihin hyviin käytäntöihin ei ole selvitetty millään tavalla.

The Campbell Collaboration tekee vastaavia systemaattisia katsauksia sosiaalisen hyvinvoinnin, koulutuksen ja oikeustieteen aloilta. Näissäkin katsauksissa pääpaino on satunnaistetuilla kokeellisilla ryhmävertailuilla, mutta myös muunlainen tutkimusnäyttö hyväksytään katsauksissa käsiteltäväksi (The Campbell Collaboration).

Systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit ovat tarpeellisia työmenetelmien vaikuttavuuden apuvälineitä, mutta niiden rajoitteet on hyvä pitää mieles-

sä. Ongelmakohdat voi kuitenkin useimmiten kiertää tarkastelemalla useita katsauksia rinnakkain ja peilaamalla niissä käsiteltäviä työmenetelmiä kliinisen kokemuksen kautta todennettuja hyviä käytäntöjä vasten. Eri katsaukset käsittelevät samoja asioita eri tavoin, ja yhdessä ne voivat tarjota järjestelmällisen ja kattavan kuvan jotakin tiettyä käytäntöä koskevista vaikuttavuustutkimustuloksista.

Akuutti kriisityö Suomessa ja maailmalla

Akuutilla kriisityöllä tarkoitetaan traumaattisen tapahtuman jälkeen tarjottavaa psykososiaalista tukea, jota voidaan tarpeen mukaan jatkaa muutamien viikkojen tai kuukausien ajan. Kriisiavun saaminen Suomessa ei edellytä minkäänlaisten oirekriteereiden täyttymistä, vaan tukea voivat saada kaikki kriisin kokeneet henkilöt. Akuutin kriisityön yhtenä tavoitteena on traumaperäisen stressireaktion ja muun psyykkisen oireilun ehkäiseminen sen lisäksi, että sen avulla pyritään lievittämään surua, vakiinnuttamaan tilannetta, lyhentämään tapahtuman jälkeisten reaktioiden kestoa ja palauttamaan toimintakykyä niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasolla (Hynninen ja Upanne, 2006). Akuutin kriisityön tärkeä tavoite on myös ohjata pidempikestoisia kriisiterapioita tarvitsevat asiakkaat oikeanlaisen hoidon piiriin.

Suomalainen akuutin kriisityön toimintamalli on muihin maihin verrattuna poikkeuksellinen. Useimmissa kunnissa tai kuntayhtymissä on kriisiryhmä, joka järjestää psykososiaalista tukea ja palveluita heti traumaattisten tilanteiden jälkeen riippumatta siitä, onko kyseessä suuronnettomuus vai arkielämän traumaattinen tapahtuma. Edes Norjassa, josta toimintamalli omaksuttiin 1990-luvun alussa Suomeen, ei ole yhtä kattavaa kriisiryhmien verkostoa. Suomessa näiden palveluiden järjestäminen on lakisääteistä toimintaa, joka perustuu Cullbergin (1991) teoriaan kriisiprosessin neljästä vaiheesta: sokki-, reaktio-, työstämis- ja uudelleen suuntautumisen vaiheesta (Hynninen ja Upanne, 2006).

Psykologinen jälkipuinti (debriefing) on alun perin Jeffrey T. Mitchellin (1983) kehittämä menetelmä, jota käytettiin aluksi pelastushenkilöstön

LIITE 2.

traumaperäisen oireilun ehkäisemisen apuvälineenä. Critical Incident Stress Debriefingiksi (CISD) kutsuttu menetelmä pohjautui sotilaallisissa yhte-yksissä aikaisemminkin harjoitettuun kokemusten purkamiseen ja reaktioiden käsittelyyn. Myöhemmin Mitchell laajensi yhdessä George Evelyn kanssa menetelmäänsä Critical Incident Stress Management (CISM) -ohjelmaksi (ks. esim. Flannery ja Everly, 2003) joka sisältää jälkipuinnin lisäksi muun muassa työntekijöiden valmentamista ennen traumaattisiin tilanteisiin joutumista. CISD-jälkipuintia laajensi ja muokkasi myös norjalainen Atle Dyregrov (1997), jonka työn seurauksena jälkipuintia alettiin soveltaa myös uhrien omaisten auttamisessa.

Suomessa Dyregrovin mallista edelleen kehitettyä psykologista jälkipuintia käytetään työmenetelmänä kriisin reaktiovaiheessa uhrien, omaisten ja työntekijöiden tukemisessa. Jälkipuinti ja akuutti kriisityö eivät kuitenkaan ole toistensa synonyymeja, vaan jälkipuinti on vain yksi menetelmä osana laajempaa kokonaisuutta. Hyvän kriisityön käytännön mukaan jälkipuintia ei koskaan voi käyttää kertaluontoisena pikainterventiona, vaan välitön psykologinen ensiapu ja myöhemmän vaiheen seuranta kuuluvat oleellisena osana kriisityöhön (Saari ja Hynninen, 2010). Lisäksi on huomattava, että jälkipuintia voidaan käyttää vain kriisin reaktiovaiheessa – sokkivaiheessa sillä ei olisi tehoa ja työstämisvaiheessa se tuntuisi haavojen uudelleen avaamiselta. Kriisin eri vaiheissa on siis käytettävä erilaisia työmenetelmiä (Saari, 2005).

Hyvin monissa maissa kriisipalveluita ei ole organisoitu kunnallisesti, vaan kriisityön kenttä on yksityisten palveluntarjoajien hallussa. Esimerkiksi WTC:n iskujen jälkeen monet työnantajat tarjosivat työntekijöilleen kriisi-interventioita, kun taas jotkut uhrin hakeutuivat esimerkiksi kirkkoon hakemaan tukea (Boscarino ym., 2006). Pahimmasa tapauksessa hyvin eritasoiset toimijat saattavat kilpailla keskenään asiakkaista onnettomuuksien jälkeen (Wilson ym., 2000). Tällainen tilanne aiheuttaa haasteita akuutin kriisityön vaikuttavuuden arvioinnille, sillä vaikka yksittäisistä kriisi-interventioista löytyy paljon asiallista tutkimustietoa, katsauksissa ja meta-analyysseissä niputetaan usein

yhteen sisällöllisesti hyvin vaihtelevia, eritasoisia ammattitaitoa edellyttäviä työmenetelmiä. Suomalaisen kriisityön arviointi kansainvälisen tutkimustiedon valossa on joka tapauksessa vaikeaa, sillä samanlaista toimintamallia ei löydy muualta maailmasta. Tästä syystä kokonaisuutta on lähestyttävä sen osien vaikuttavuuden näkökulmasta tarkastelemalla toisaalta psykologista jälkipuintia, josta tutkimustietoa on paljon, ja toisaalta interventioiden laajuutta ja ajoitusta sekä työntekijöiden ammattitaitoa.

Kriisi-interventioiden vaikuttavuuden arviointi

Kriisi-interventioiden käyttö perustuu historiallisesti traumaperäisen oireilun ennaltaehkäisyyn, jotta esimerkiksi sotilaat pysyisivät paremmin toimintakykyisinä työssään. Myös nykymuotoisen jälkipuinnin taustat ovat työkyvyn palauttamisessa ja ylläpitämisessä, ja siinä yhteydessä traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyden vähenemistä voidaankin pitää ensisijaisena tavoitteena. Yksittäisen asiakkaan näkökulmasta tarjotulla kriisiavulla voi kuitenkin olla monenlaisia hyötyjä riippumatta siitä, kehittykö hänelle lopulta kyseinen, suhteellisen harvoin esiintyvä häiriö vai ei. Tästä syystä myös tutkimuksissa interventioiden vaikuttavuutta tulisi tarkastella laajemmin kuin ainoastaan traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyksilukuja vertaillen.

Traumaperäisellä stressihäiriöllä tarkoitetaan DSM IV:n mukaan yli kuukauden kestänyttä traumaattisen tilanteen seurauksena alkanutta oireilua, joka sisältää tapahtuman uudelleen kokemista, traumaan liittyvien asioiden välttelyä ja reagointiherkkyyden turtumista sekä jatkuvia vireystilaongelmia (APA, 1994). Ennen traumaperäisen stressihäiriön diagnosointia yksilöllä voidaan todeta akuutti stressireaktio tai -häiriö, jolla viitataan vastaavanlaiseen lyhytkestoisempaan oireiluun, johon liittyy lisäksi dissosiativisia oireita. Monissa varsinaisia kriisiterapioita koskevissa tutkimuksissa on edellytetty näiden diagnostisten kriteereiden täyttymistä, ja esimerkiksi *Duodecimin* tuore Käypä hoito -suositus (2009), keskittyy nimenomaan jo diagnosoitujen häiriöiden hoitoon. Akuutin kriisityön arvioinnissa taas keskitytään oireista

LIITE 2.

riippumatta kaikille tarjottavaan psykososiaaliseen tukeen heti traumaattisten tapahtumien jälkeen, mikä toistaiseksi on usein tarkoittanut psykologisen jälkipuinnin arviointia. Viime aikoina tutkimusta on peräänkuulutettu myös psykologisesta ensiavusta (Ruzek ym., 2007), jonka antamisesta on Yhdysvalloissa ilmestynyt National Child Traumatic Stress Networkin ja National Center for PTSD:n kokoama näyttöä hyödyntävä opas (2006).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella tutkimustuloksia aikuisille suunnatun akuutin kriisityön vaikuttavuudesta. Katsauksessa pyritään käsittelemään mahdollisimman laajasti aiheesta tehtyjä systemaattisia katsauksia ja meta-analyyskejä sekä niiden lisäksi joitakin yksittäisiä vaikuttavuustutkimuksia, jotka eivät ole jostain syystä täyttäneet systemaattisten katsausten mukanaottokriteerejä. Tavoitteena on muodostaa mahdollisimman tarkka käsitys akuutin kriisityön vaikuttavuudesta käytettyjen työmenetelmien – ei tutkimusasetelmien – näkökulmasta. Katsauksen tavoitteena on myös arvioida voidaanko nykyisen tutkimustiedon perusteella tehdä päätelmiä Suomessa tehtävän kriisityön vaikuttavuudesta.

MENETELMÄT

Tässä kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin Rothmanin ja työtovereiden kehittämää SRS (Systematic research synthesis) -menetelmää (Lewis, 2003), jonka mukaan a) muodostetaan selkeät kirjallisuuden hakemisen perusteet, b) määritellään tietokannat, joista haetaan, c) luokitellaan hakutulokset selviin kategorioihin, d) tarkastellaan sekä teoreettista että empiiristä kirjallisuutta yhteisten piirteiden löytymiseksi ja empiirisen tarkkuuden määrittämiseksi ja e) yhdistetään tulokset strategiseksi jatkotarkastelusuunnitelmaksi.

Viitetietokannoista PsychInfo, PsychArticles, Medline, SocIndex, Ovid Nursing Database ja British Nursing Index and Archive tehtiin kirjallisuushaut käyttämällä useita eri yhdistelmiä hakusanoista crisis intervention, meta-analysis, systematic review, review, psychological, first aid, early intervention, eff² ja debriefing. Tämän lisäksi

käytiin läpi kaikkien Brief Treatment and Crisis Intervention -lehdessä vuosina 2001–2008 ilmestyneiden artikkelien tiivistelmät.

Campbell Database of Systematic Reviews -tietokannasta tehtiin haut hakusanoilla ”crisis”, ”first aid”, ”trauma” ja ”early intervention”. Hakutuloksista poimittiin kaikki psykososiaalisia menetelmiä koskevat suunnitelmat ja katsaukset. Hakusanat ”crisis” ja ”first aid” eivät tuottaneet tuloksia, ja ”trauma”-hakusanan tulos oli yksi työn alla oleva katsaus EMDR:n käytöstä sotaveteraaneilla (Albright ym., 2008). Ainoa valmiina löytynyt ”**varhaista interventiota**” (engl. early intervention) koskeva katsaus (Macdonald ym., 2006) koski seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten kognitiivis-behavioraalista hoitoa, mutta sen aihe rajautuu kohderyhmän vuoksi tämän katsauksen ulkopuolelle. Suunnitteilla on myös useita rikosten uhrien psykososiaalista auttamista koskevia katsauksia (Regehr ym., Marandos ja Perry, Ramsay, 2008), mutta näiden tulokset eivät vielä ole käytettävissä. Campbell-tietokannasta ei siis löytynyt tässä kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettäviä tuloksia.

Cochrane Database of Systematic Reviews -tietokannasta tehtiin haut hakusanoilla ”crisis”, ”psychological trauma” ja ”**early intervention**”. Kaikki hakusanat tuottivat melko paljon hakutuloksia. Niistä poimittiin kaikki psykososiaalisia menetelmiä koskevat suunnitelmat ja katsaukset, jotka eivät liittyneet johonkin spesifiin lääketieteelliseen tilaan.

Jälkipuinnista traumaperäisen stressihäiriön ehkäisijänä on tehty katsaus, jota on ehditty päivittää kaksi kertaa (Rose ym., 2005; 2002; Wessely ym., 1998). Osittain samat tekijät ovat tehneet katsauksen traumaperäisen stressihäiriön hoidosta (Bisson ja Andrew, 2007), mutta sitä ei käsitellä tässä kirjallisuuskatsauksessa, sillä hoito kohdistuu eri toipumisen vaiheeseen kuin akuutti kriisityö. Samasta syystä tässä ei käsitellä myöskään katsausta läkehoidon ja psykologisten terapioiden yhdistämisestä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa (Parslow ym., 2008).

Vanhemmille suunnatuista kriisi-interventioista vauvan kuoleman jälkeen on valmistunut katsaus (Flenady ja Wilson, 2007), mutta yksikään tutkimus

LIITE 2.

ei täyttänyt Cochranen metodologisia kriteereitä. Poliiseille ja sotilaspoliiseille suunnattujen psykologisten interventioiden katsauksessa (Penalba ym., 2008) interventioita ei rajata koskemaan akuuttia kriisityötä, jolloin tulokset eivät ole yleistettävissä tähän tarkoitukseen. Katsauksen ongelmana on myös kriteerit täyttävien tutkimusten vähäisyys. Campbell-tietokannassa julkaistu seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten kognitiivis-behavioraalista hoitoa koskeva katsaus (Macdonald ym., 2006) löytyy myös Cochran-tietokannasta.

Parhaillaan Cochrane Collaborationin työn alla ovat katsaukset jälkipuinnin käytöstä synnytyksen jälkeen (Bastos ym., 2008) sekä lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön ehkäisemisestä ja hoitamisesta psykologisilla hoitomuodoilla (Gillies ym., 2007), mutta näiden tulokset eivät vielä ole käytettävissä. Työn alla olevaksi on merkitty myös katsaus useampia istuntoja käsittävästä kriisityöstä (Roberts ym., 2007), mutta samojen tekijöiden lähes samanniminen katsaus julkaistiin alkuvuodesta 2009 toisaalla (Roberts ym., 2009). Cochranekriteereitä noudattavista katsauksista tässä kirjallisuuskatsauksessa voidaan sisältönsä puolesta siis hyödyntää yhden istunnon jälkipuinnin arviointia (Rose ym., 2005) sekä uutta useamman istunnon interventioiden meta-analyysia (Roberts ym., 2009).

Muiden läpikäytyjen tietokantojen hakutuloksista ja lehtien tiivistelmistä poimittiin hoidon ajoituksen puolesta akuutin kriisityön määritelmään sopivat pääasiassa aikuisasiakkaita koskevat meta-analyysit ja kirjallisuuskatsaukset, joissa vaikuttavuustutkimusten tuloksia oli koottu yhteen. Saatavilla oli yhteensä 19 valintakriteerit täyttävää katsausta. Osassa katsauksista kohdejoukkoa ei ole rajattu, vaan niissä tutkitaan jollain tavoin määritellyn työmenetelmän toimivuutta. Viisi katsausta käsittelee ainoastaan yksittäisiä varhaisia jälkipuinti-istuntoja (Rose ja Bisson, 1998; Kaplan ym., 2001; Rose ym., 2005; Lewis, 2003; van Emmerik ym., 2002), kun kahdeksassa puolestaan keskitytään joko niiden ohella tai yksinomaan kattavampiin kriisi-interventiomalleihin (Roberts ym., 2009; Roberts ja Everly, 2006; Flannery ja Everly, 2004; Everly ym., 2000; Arendt

ja Elklit, 2001; Bisson ja Kitchiner, 2003; Ehlers ja Clark, 2003; Wilson ym., 2000). Kuudes- sa katsauksessa asiaa tarkastellaan pääasiallisesti työssään helposti traumatisoituvien työntekijäryhmien näkökulmasta (Everly ym., 2001; Malcolm ym., 2005; MacDonald, 2003; Regel, 2007; Devilly ja Cotton, 2003; Devilly ym., 2006). Näiden 19 katsauksen lisäksi löytyi muutama artikkeli (esim. Sensky, 2003), joissa tarkastellaan yksinomaan muita aiheesta tehtyjä meta-analyysseja ja katsauksia.

TULOKSET

Yksittäiset jälkipuinti-istunnot traumaperäisen stressioireilun ehkäisijänä

Yksittäisten jälkipuinti-istuntojen pidemmän aikavälin vaikutuksia on tutkittu melko paljon ainakin traumaperäisen oireilun ehkäisemisen näkökulmasta. Tulokset ovat olleet ristiriitaisia ja niistä on myös julkisuudessa tehty vääränlaisia päätelmiä ja yleistyksiä. Aiheesta on tehty monia systemaattisia katsauksia, joita useimpia leimaa tutkittujen interventioiden sisällöllinen heikkous ja sopimattomuus hyvän käytännön mukaisen akuutin kriisityön arviointiin.

Cochrane-katsaus

Jälkipuinnin vaikuttavuutta traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyssä käsittelevään Cochrane-katsaukseen (Rose ym., viimeisin päivitys 2005) on valittu mukaan 15 tutkimusta. Kaikki Cochrane-katsaukset noudattavat erittäin tiukkoja kriteereitä, joiden mukaan ainoastaan satunnaistetut kokeelliset ryhmävertailut ovat tarpeeksi hyvätaoisia tutkimuksia. Näin on tehty myös jälkipuintikatsauksessa, ja tästä syystä 25 muuta alun perin löydettyä vaikuttavuustutkimusta on rajattu meta-analyysin ulkopuolelle, näiden mukana myös Estonian uhrien jälkihoitoa koskeva tutkimus (Saari ym., 1996). Metodologiset vaatimukset ovat aiheuttaneet sen, että katsauksessa mukana olevien tutkimusten sisältö ei pääasiallisesti ole hyvien työtapojen mukaista, sillä hyvän käytännön mukaista akuuttia

LIITE 2.

kriisityötä on lähes mahdoton sovittaa satunnaisesti tuun tutkimusasetelmaan.

Rose työtovereineen on tulkinut meta-analyyssinsa tulokset niin, että jälkipuinnilla ei voida ehkäistä traumaperäisen stressihäiriön syntyä, ja tämä tulkinta on levinnyt hyvin laajalle julkisuuteenkin. Katsauksessa ei kuitenkaan ole mukana varsinaisia ryhmäinterventioita, joten johtopäätöksiä voidaan tehdä ainoastaan yksilöille suunnatusta jälkipuinnista. Intervention sisältöä tai vetäjän koulutusta ei ole vakioitu, joten jää melko epämääräiseksi, millä oikeastaan ei ollut toivottua vaikutusta. Meta-analyyssissa mukana olleiden interventioiden kirjo on hyvin laaja, sillä suurin osa tutkituista interventioista on tutkijoiden itsensä muokkaamia yksilösovelluksia erilaisista ryhmien kanssa käytettäväksi tarkoitetuista jälkipuinnimenetelmistä. Niiden vetäjät eivät tyypillisesti olleet koulutettuja kriisityöntekijöitä vaan perustyötä tekeviä sairaanhoitajia, kättilöitä tai vastaavia, jotka oli vain lyhyesti ohjeistettu interventionmallin käyttöön. Lisäksi hyvin suuri osa mukana olleiden tutkimusten uhreista oli fyysisesti loukkaantuneita, ja loukkaantumisen vaikutus psyykkisen toipumisprosessin kulkuun olisi ehdottomasti tullut huomioida intervention toteutuksessa ja ajoituksessa.

On huomattava, että sisällöllisistä heikkouksista huolimatta monilla mukana olleilla interventioilla oli lyhyen aikavälin myönteisiä vaikutuksia sekä oireilun vähentämiseen että etenkin asiakkaiden subjektiivisiin kokemuksiin. Jälkipuinnin vaikuttavuutta tulisikin tarkastella laajemmin kuin ainoastaan traumaperäisen stressihäiriön mahdollisena ehkäisijänä. Pidemmän aikavälin vaikutuksia ei Cochrane-katsauksessa mukana olleilla interventioilla näyttänyt olevan, mikä sinänsä ei ole kovin yllättävää, kun kyse oli pääasiallisesti puutteellisen koulutuksen saaneiden vetäjien ja asiakkaiden yksittäisistä keskustelutilaisuuksista.

Cochrane-katsauksesta on usein nostettu esiin havainto, että joissakin tutkimuksissa jälkipuinnikeskustelulla näyttää olleen jopa haitallinen vaikutus. Näitä tutkimuksia (esim. Bisson ym., 1997) lähemmin tarkastelemalla havaitaan koeryhmien usein olleen alun perin vaikeammin traumatisoituneita kuin vertailuryhmien, jolloin vaikea päätel-

lä, mikä on intervention ja mikä trauman asteen vaikutusta. Bisson työtovereineen (1997) toteaa itsekin lähtötilanteen vaikuttaneen tutkimuksessa lopputulokseen selvästi interventiota voimakkaammin. Lisäksi yhden tapaamisen vaikutusmahdollisuudet ovat väistämättä rajallisia etenkin trauman jälkeisenä aikana, kun erittäin moni interventioista riippumaton asia voi osaltaan vaikuttaa toipumisen etenemiseen. Tästä syystä jatkohoidon järjestäminen on erittäin tärkeää aina, kun ammattilainen katsoo sen tarpeelliseksi. Jälkipuinti tarjoaa hyvän mahdollisuuden avuntarpeessa olevien henkilöiden tunnistamiseen, mutta se asettaa kriisityöntekijöiden ammattitaidolle vaatimuksia, joita Cochrane-katsauksessa mukana olleissa tutkimuksissa ei pääasiallisesti pystytty täyttämään.

Samojen tekijöiden aikaisempi systemaattinen jälkipuinnikatsaus (Rose ja Bisson, 1998) noudattaa myös Cochrane-periaatteita. Tiukkojen satunnaistamiskriteereiden vuoksi siinä on mukana vain 6 yksilöinterventioita käsittelevää tutkimusta, jotka kaikki löytyvät myös Cochrane-katsauksesta. Katsauksen päätelmätkin ovat näin ollen samantaiset – jälkipuinnin vaikuttavuutta ei kyetä siinä vahvistamaan. Kyseiset 6 tutkimusta ovat kuitenkin sisällöllisesti keskenään hyvin erilaisia, eikä niiden vaikutuksista ollut mahdollista tehdä yhtenäisiä johtopäätöksiä lukuun ottamatta sitä, että asiakkaat olivat kokeneet interventiot hyödyllisiksi. Katsauksen keskeisin päätelmä olikin se, että lisää tiukat kriteerit täyttävää tutkimustietoa tarvitaan kiireellisesti.

Väljempää metodologisia kriteereitä käyttävät katsaukset ja meta-analyytit yksittäisistä istunnoista

Van Emmerik työtovereineen (2002) ei edellyttänyt meta-analyyssinsa tutkimuksilta tutkittavien satunnaistamista koe- ja kontrolliryhmiin, mutta muuten mukaanottokriteerit olivat melko tiukat. Vaikuttavuustutkimuksia löydettiin alun perin 29, joista 22 suljettiin pois. Poissulkemissyitä olivat useamman kuin yhden istunnon käyttö, intervention epäselvä tai liian myöhäinen ajoitus, efektiivisyyden laskemiseen tarvittavien tietojen puute ja kaikkein yleisimpänä lähtötason mittauksen puute. Tutkijat myöntävät, että kriisi-interventiota edeltä-

LIITE 2.

vien mittausten tekeminen on eettisesti ongelmallista. Kriteerit täyttäneistä seitsemästä tutkimuksesta vain yksi koskee ryhmämuotoista jälkipuintia. Tämän meta-analyysin tuloksista ei siis voi tehdä johtopäätöksiä ryhmäjälkipuintimenetelmien toimivuudesta. Tutkimuksista neljää on käsitelty myös Cochrane-katsauksissa (Rose ym., 2005).

Tutkimuksissa käsitellyt interventiot jaettiin meta-analyysia varten CISTD-tyyppiin (Critical Incident Stress Debriefing) ja ei-CISTD-tyyppiin interventioihin. Ei-CISTD-tyyppisillä interventioilla näytti olevan jossain määrin myönteisiä vaikutuksia oireilun vähentämiseen, mutta CISTD-tyyppiset yksittäiset jälkipuinti-istunnot näyttivät hidastaneen paranemisprosessia. Tämä päätelmä perustuu kuitenkin Cochrane-katsauksen yhteydessä esiteltyihin sisällöllisesti heikotasoisiin tutkimuksiin, joissa koeryhmät olivat satunnaistamisesta huolimatta osin vaikeammin traumatisoituneita ja joissa interventioiden sisältöä tai vetäjien koulutusta ei ollut kontrolloitu asianmukaisesti.

Tutkijat esittävät havainnolleen myös sellaisen selityksen, että satunnaistetuissa tutkimuksissa interventio toteutetaan kaikille samanlaisena, vaikka osallistujien traumatisoitumisen aste ja sairastumisalttius voivat vaihdella huomattavasti. Tällaisissa tutkimuksissa interventioiden vetäjillä ei tyypillisesti ole ollutkaan ammattitaitoa yksilöllisten ratkaisuiden tekemiseen, eikä tutkimusasetelma sellaista sallisikaan. Devilly ym. 2006 käsittelevät katsauksessaan vastaavaan problematiikkaan liittyen Mayoun ym. (2000) ja Sijbrandijin (esim. 2006) havaintoja, jotka osoittavat alkuvaiheessa hyvin voimakkaasti oireilevien jopa kärsivän kaavamaiseen jälkipuintiin osallistumisesta. Kriisityöntekijän olisi siis ehdottomasti kyettävä tunnistamaan joukosta henkilöt, joille traumaattisen tilanteen purkaminen aiheuttaa liikaa ahdistusta. Molemmissa näistäkin tutkimuksissa kyse oli tosin vakioimattomista yksilöinterventioista, joten tulosten yleistämisessä on osoitettava varovaisuutta.

Lewis (2003) käsittelee katsauksessaan 15 kokeellista tutkimusta, joista puolet on pääosin Cohrane-katsauksessakin mukana olleita satunnaistettuja yksilöinterventioita koskevia tutki-

muksia ja puolet satunnaistamattomia ryhmäinterventioiden arviointeja. Kolmasosa tutkimuksista koskee pelastushenkilökunnan kanssa toteutettavia yksittäisiä jälkipuinti-istuntoja. Interventioiden kirjo on katsauksessa melko suuri kattaen sekä Mitchellin (1983) ja Dyregrovin (1997) ryhmäjälkipuinnit, historiallisen jälkipuinnin (Shalev ym., 1998) sekä lukuisia, monesti epämääräisiä yksilösovelluksia näistä.

Lewis on päätelmissään monia muita kirjoittajia varovaisempi tarkastellen yksittäisiä tutkimuksia melko kriittisesti. Hän toteaa, että sekä satunnaistetuissa että satunnaistamattomissa tutkimuksissa yleisenä ongelmana on koe- ja kontrolliryhmien erilaisuus sekä muiden toipumiseen vaikuttavien tekijöiden huomiotta jättäminen, mikä tekee johtopäätösten tekemisen vaikeaksi. Lewis peräänkuuluttaakin uusia tutkimuksia, joissa tarkemmin määriteltäviä interventioita tutkitaan tilanteiden ja kohderyhmien vaihtelu huomioiden, tavoitteena näin määritellä tarkemmin interventioiden oikeat käyttötarkoitukset. Lisäksi kirjoittaja toivoo tutkimustietoa jälkipuinnin vetäjien koulutuksen asianmukaisuudesta.

Kaplanin ja työtovereiden (2001) katsauksessa käydään läpi melko suuri joukko kokeellisia tutkimuksia jälkipuinnin vaikuttavuudesta pääpainon ollessa yksittäisissä istunnoissa. Katsauksen keskeisin tulos on, että jälkipuinnista ei löydy tarpeeksi monipuolista tutkimusnäyttöä, jotta päätelmiä sen vaikuttavuudesta voitaisiin tehdä. Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisemismahdollisuuksia on yleensä tutkittu siitä oletuksesta käsin, että jälkipuinti toimisi kaikilla asiakkailla samalla tavalla, mutta kirjoittajien mielestä tulisi ottaa huomioon erilaiset puolustus- ja selviytymismekanismit sekä asiakkaiden aikaisemmat traumaattiset kokemukset ja psyykinen oireilu. Kirjoittajat myös kritisoiivat sitä, että tutkimuksissa keskitytään yleensä yksinomaan traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyyn problematiikkaan, vaikka yhtä tärkeää olisi kriisi-interventioiden tarjoaman sosiaalisen tuen ja sen kautta saavutettujen emotionaalisen jakamisen ja kognitiivisen hallinnan tunteiden terapeuttisten vaikutusten arvioiminen.

LIITE 2.

Yhtä istuntoa laajempien akuuttien kriisi-interventioiden tarkastelua

Yhtä istuntoa laajempien akuuttien kriisi-interventioiden toimivuutta on tutkittu myös suhteellisen paljon, mutta aiheesta tehtyjä systemaattisia katsauksia vaivaa jopa yksittäisiä istuntoja koskevia katsauksia suurempi sisällön yhdenmukaisuuden puute. Katsauksissa on toisaalta arvioitu hyvin spesifien menetelmien, kuten varhaisten kognitiivis-behavioraalisten interventioiden tai CISM-ohjelmien toimivuutta, tai sitten yhteen on niputettu hyvin sekalainen kokoelma erilaisia, eri ammattiryhmien käyttämiä työmenetelmiä. Päätelmät ovat yleisesti selvästi myönteisempiä kuin yksittäisiä istuntoja koskevien tutkimustulosten kohdalla.

Cochrane-periaattein tehdyt katsaukset

Yksittäisistä jälkipuinti-istunnoistakin paljon kirjoittaneet Roberts, Kitchiner, Kenardy ja Bisson tarkastelevat Cochrane-kriteereitä noudattavassa katsauksessaan monta istuntoa käsittävien varhaisten interventioiden vaikuttavuutta. Meta-analyysissä on mukana 25 tutkimusta. Jopa 200 tutkimusta rajattiin analyysien ulkopuolelle joko tutkimusasetelmansa tai sisältönsä puolesta. Jää kuitenkin epäselväksi, kuinka monen tutkimuksen kohdalla poissulkemiskriteeri oli yksinomaan satunnaistamisen puute.

Katsauksessa tarkastellaan kolmentyyppisiä menetelmiä: oireilusta riippumatta kaikille altistuneille kuukauden sisällä tarjottavia interventioita (8 tutkimusta), stressioireista kärsiville uhreille kolmen kuukauden sisällä tarjottavia interventioita (15 tutkimusta) sekä ASD- tai akuutti PTSD-diagnoosin saaneille uhreille kolmen kuukauden sisällä tarjottavia interventioita (11 tutkimusta). Osa tutkimuksista on mukana useammassa kuin yhdessä kategoriassa.

Metodologisista vaatimuksista johtuen yli puolet mukana olleista tutkimuksista käsittelee kognitiivis-behavioraalista terapiaa, mikä todetaankin hyvin tehokkaaksi sekä lievemmästä oireilusta kärsivien että etenkin jo diagnoosin saaneiden hoitamisessa. Loput tutkitut interventiot ovat sisällöllisesti hyvin vaihtelevia, jolloin niiden yhdistäminen

meta-analyysia varten ei tunnu mielekkäältä. Näin kuitenkin on tehty vailla tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Kirjoittajat päättelevät tästä, että oireilusta riippumatta kaikille tarjottavista varhaisista useamman istunnon interventioista ei ole traumaperäistä stressihäiriötä ehkäisevää hyötyä, jos ei haittaakaan. Muita osoituksia interventioiden mahdollisesta tuloksellisuudesta ei tässä meta-analyysissä käsitellä. On huomattava, että ryhmäinterventioita ei tässäkään katsauksessa ollut juurikaan mukana.

Katsauksen ongelmana on jälkipuintia koskevan Cochrane-katsauksen tavoin interventioiden sisältöjen ja vetäjien koulutuksen vakioimattomuus. Tässä vaihtelua on, jos mahdollista, vieläkin enemmän, sillä kognitiivis-behavioraalista terapiaa lukuun ottamatta interventioita ei pääsääntöisesti voi edes kuvata millään vakiintuneella käsitteellä, jos termiä ”individual counseling” ei laske sellaiseksi. Katsauksen päätelmiä ei siis voi yleistää koskemaan psykologien tekemää hyvän käytännön mukaista akuuttia kriisityötä. Sen sijaan tulosten perusteella voi todeta kognitiivis-behavioraalisten menetelmien toimivan hyvin traumaperäisen oireilun alkuvaiheen hoidossa. Muista samaan tarkoitukseen käytettävistä psykologisista menetelmistä ei tämän katsauksen perusteella voi päätellä mitään.

Bisson ja Kitchiner tekivät myös vuonna 2003 katsauksen, jossa käsiteltiin yhden ja useamman istunnon interventioita sekä lääkehoitoa käyttäen mukaanottokriteerinä satunnaistettua kokeellista ryhmävertailua. Yhden istunnon jälkipuintitutkimukset ovat tässä katsauksessa yhtä lukuun ottamatta samoja kuin aiheesta tehdyssä Cochrane-katsauksessa, ja päätelmät ovat siten samanlaisia. Tuloksia tulkittaessa on siis pidettävä mielessä Cochrane-katsauksen esittelyn yhteydessä käsitellyt ongelmat interventioiden sisällössä.

Laajempia interventioita kuvaavat tutkimukset ovat yhtä lukuun ottamatta samoja kuin kirjoittajien myöhemmässä meta-analyysissä (Roberts ym., 2009), ja päätelmät ovat siten hyvin samansuuntaisia. Varhaisista interventioista todetaan olevan hyötyä etenkin asiakkaille, jotka oireilevat havaittavasti. Kirjoittajat toteavat vastaavia myönteisiä tuloksia saadun myös toisenlaisia tutkimusasetelmiä hyödyntävistä tutkimuksista, joita ei kuitenkaan

LIITE 2.

hyväksytty mukaan tähän katsaukseen. Tulosten perusteella kirjoittajat esittävät mallin, jossa akuutin kriisityön tekijät seuloivat joukosta interventioita tarvitsevat asiakkaat. Mallissa monen istunnon interventiot ajoittuvat hieman akuuttia kriisityötä myöhäisempään vaiheeseen, vaikka tässä katsauksessa oli mukana akuuttivaiheessakin toteutettuja interventioita.

On huomattava, että kognitiivis-behavioraalinen terapia on vahvasti edustettuna tässäkin katsauksessa, vaikka mukana olleet muut interventiot todetaan myös vaikuttaviksi. Hyvin luonnontieteellisesti suuntautuneet kirjoittajat esittävät silti mallissaan kognitiivis-behavioraalisten interventioiden ensisijaista käyttöä traumaattisen stressin oireisiin ja muiden interventioiden hyödyntämistä vain, jos asiakkaan tilanne niin edellyttää. Ennen tällaisten päätelmien tekemistä tulisi kuitenkin käydä läpi toisenlaisilla tutkimusasetelmissa saavutettu tieto muista sisällöllisesti asianmukaisista useamman istunnon interventiomalleista.

Väljempää metodologisia kriteereitä käyttävät katsaukset ja meta-analyysit laajemmista kriisi-interventioista

Roberts ja Everly (2006) kokoavat meta-analyysissaan yhteen 36 kriisi-interventiotutkimuksen tulokset. He jakavat interventiot kolmeen pääryhmään – kotona toteutettavat perhekriisi-interventiot, monen istunnon interventiot ja CISM sekä yksittäiset ryhmä- tai yksilöistunnot. Interventioiden sisältöä ei ole mahdollista tarkastella yksityiskohtaisemmin puutteellisista lähdeviittauksista johtuen. Tutkimuksista kolmasosa on satunnaistettuja kokeellisia ryhmävertailuita, joissa efektiokoot olivat tyypillisesti pienempiä kuin muissa tutkimusasetelmissä.

Meta-analyysin keskeisin tulos on, että kotona toteutettavat perhekriisi-interventiot ovat erittäin tehokkaita ja vähentävät jatkossa lasten pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä. Tehokkaiksi todetaan myös erilaiset monen istunnon kriisi-interventiomallit, vaikka niistä tarvittaisiinkin vielä kattavampaa tutkimustietoa. Yksittäiset jälkipuinti-istunnot todetaan tässäkin meta-analyysissa melko tehottomiksi. Epämääräisistä lähdeviittauksista johtuen on vaikea tietää varmasti, mitkä yksittäiset tutkimukset

olivat analyyseissa mukana, mutta lähdeluettelossa näkyy melko paljon samoja tutkimuksia kuin muissakin yksittäisiä istuntoja koskeissa katsauksissa, jolloin interventioiden sisällöllistä asianmukaisuutta on syytä epäillä.

Tutkijat toteavat, että myönteisistä tuloksista huolimatta mikään kriisi-interventio ei koskaan voi olla tietyn kaavan mukaan toteutettava patenttiratkaisu kaikkeen, vaan tapaamisten lukumäärä, tiheys ja sisältö on aina sovittava asiakkaiden tarpeisiin.

Everly, Flannery ja Mitchell (2000) esittelevät katsauksessaan ennen 1980-lukua kehitettyjä kriisi-interventiomenetelmiä, Mitchellin mallin mukaista ryhmäjälkipuintia sekä CISM-ohjelmia koskevia vaikuttavuustutkimuksia tekemättä niiden vaikuttavuudesta kuitenkaan selkeitä johtopäätöksiä. Tutkimusten vertailun todetaan olevan hyvin haastavaa, sillä tutkimukset vaihtelevat suuresti tutkimusasetelman, kohderyhmän, traumatyyppin, arviointimenetelmien ja tarkasteltujen jälkiseurauksen osalta.

Kirjoittajat ovat löytäneet melko paljon näyttöä myös yksittäisten ryhmäjälkipuinti-istuntojen tehokkuudesta ainakin lyhyellä aikavälillä, kun tutkimusasetelmavaatimuksena ei ole satunnaistettu kliininen koe alkua- ja loppumittauksineen. Katsauksessa esitellään kuitenkin myös melko paljon näyttöä siitä, että yksittäiset jälkipuinti-istunnot eivät ole riittävä apu ehkäisemään traumaperäisen stressihäiriön tai muiden oireiden syntymistä. Kirjoittajat toteavat monien muiden tavoin, että katsauksissa ja meta-analyyseissa yleensä mukana olevat jälkipuinnin haitallisuuteen viittaavat tutkimustulokset (Bisson ym. 1997; Hobbs ym. 1996; Lee ym. 1996) eivät intervention sisällön puolesta vastaa hyvää käytäntöä, vaikka tutkimusasetelma täyttää tiukimmatkin kriteerit.

CISM-ohjelmista esitellään tässä katsauksessa vain muutamia positiivisia tutkimustuloksia, mutta aiheeseen on pureuduttu syvemmin katsauksen päivityksessä (Flannery ja Everly, 2003). Päivityksessä esitellään 3 tapaustutkimusta, 12 ohjelman arviointitutkimusta (useimmat retrospektiivisiä analyyseja) ja 5 kokeellista tutkimusta, joista yksi on satunnaistettu ryhmävertailu. Kolmen kokeellisen

LIITE 2.

tutkimuksen tulokset osoittavat ohjelmasta olevan vain rajoitetusti hyötyä, kun muiden 15 tutkimuksen tulokset näyttävät olevan yksinomaan myönteisiä. Kahdessa tapaustutkimuksessa ei ole esitelty vertailukelpoista tietoa vaikuttavuudesta. Tutkimusten vertailu osoittautui myös tässä katsauksen päivitysvaiheessa hankalaksi johtuen samoista ongelmista kuin alkuperäistä katsausta tehtäessä.

Ehlers ja Clark (2003) keskittyvät katsauksessaan ennen kaikkea kognitiivis-behavioraalisen terapian käyttöön traumaperäisen oireilun hoitamisessa, eikä se ajallisesti näin sovellu akuutin kriisityön vaikuttavuuden pohdinnan välineeksi. Kirjoittajat käyvät kuitenkin läpi myös akuuttivaiheen kriisityötä koskevia vaikuttavuustutkimuksia, interventioiden vähäisiä pidemmän aikavälin vaikutuksia ja tekijöitä, jotka ovat yhteydessä traumaperäisen stressihäiriön vakavuuden asteeseen. Näiden perusteella kirjoittajat esittävät oman näkemyksensä varhaisen intervention ideaalisuudesta. Ehdotuksessa korostuvat tiedon tarjoaminen sekä käytännön asioista että trauman psykologisista vaikutuksista, toipumisen edistäminen muun muassa univaikeuksiin puuttumisen kautta sekä uhrien tilanteen arviointi sen terapeutin vaikutuksen vuoksi.

Wilsonin ja työtovereiden (2000) katsauksessa käydään läpi varhaisten interventioiden vaikuttavuutta hyvin laajassa merkityksessä tarkastellen erityyppisiä tutkimuksia sekä työntekijöiden että uhrien auttamisesta. Psykologisen tuen ja kokemusten jakamisen tarve on tutkimusten valossa ilmeinen sekä subjektiivisten kokemusten että objektiivisemmin mitatun oireilun ennaltaehkäisemisen näkökulmasta, mutta akuutin kriisityön toteuttaminen käytännössä ei ole aina johtanut haluttuihin tuloksiin. Tästä syystä kirjoittajat korostavat kriisityön järjestäytymisen tärkeyttä, sillä sitä kautta voidaan tehokkaasti kontrolloida interventioiden laatua. Laadukas kriisityö sisältää oletuksen työtapojen asianmukaisuudesta, työntekijöiden riittävästä koulutuksesta sekä työtapojen jatkuvasta arvioinnista ja kehittämisestä.

Arendt ja Elklit (2001) arvioivat katsauksessaan jälkipuinnin vaikuttavuutta monesta näkökulmasta käyden perusteellisesti läpi 25 kontrolloitua ryhmävertailua yksilö- tai ryhmämuotoisen jälkipuinnin

tuloksellisuudesta. Osa tutkimuksista käsittelee yksittäisiä istuntoja ja osa pidempiä ohjelmia. Kontrolloitujen tutkimusten lisäksi tutkijat käyttävät johtopäätöksiensä tueksi 37 muun tutkimuksen – muun muassa tapaustutkimukset, tyytyväisyyskyselyt, kontrolloimattomat tutkimukset – tuloksia.

Kirjoittajat tarkastelevat jälkipuinnin vaikuttavuutta traumaperäisen oireilun ehkäisijänä, avun tarpeen seulontamenetelmänä sekä reaktioita normalisoivana vertaistuen ympäristönä. Lisäksi he pohtivat jälkipuinnin kustannustehokkuutta sekä jälkipuinnin erilaisia käyttötapoja. Käyttötapojen vertailun tarkoituksena oli selvittää, vaikuttavatko erilaiset käytännön järjestelyt jälkipuinnin tuloksellisuuteen ja ottaa sitä kautta kantaa tutkimustulosten yleistettävyyteen.

Arendt ja Elklit toteavat, että – ottamatta kantaa interventioiden sisältöön – yksilöiden kanssa toteutetusta yksittäisestä jälkipuinnista ei ole osoitettu olevan hyötyä, mutta ryhmäjälkipuinnin toivuudesta sen sijaan on enemmän näyttöä etenkin pelastus- ynnä muun henkilökunnan auttamisessa. Näihin tutkimuksiin viitataan kuitenkin harvemmin, sillä tutkimusasetelmat poikkeavat yleisimmin hyväksytystä koe- kontrolliasetelmasta.

Katsauksessa käsitellään pääasiassa yhden istunnon interventiota, joten intervention pituudesta ei voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Kirjoittajat kuitenkin järjestivät tutkimustulokset intervention ajallisen keston mukaiseen järjestykseen havaiten, että mitä pidempi istunnon tai istuntojen yhteenlaskettu kesto oli, sitä suuremmalla todennäköisyydellä tulokset olivat myönteisiä. Kiintoisa huomio tässä yhteydessä on myös se, että listan alkupään lyhyet interventiot ovat kaikki yksilökeskusteluja, kun taas lopun pidempikestoiset, myönteisiä tuloksia tuottaneet istunnot on kaikki toteutettu ryhmissä.

Tutkimukset laitettiin myös jälkipuinnin ajoituksen mukaiseen järjestykseen, mutta tätä kautta ei löytynyt yksiselitteistä vastausta istunnon ihanteellisesta ajankohdasta. Tutkimustulokset eivät näytä tukevan jälkipuinnin kehittäjien alun perin esittämää ohjeistusta istunnon toteuttamisesta 1–3 päivän sisällä tapahtumasta. Kirjoittajat painottavatkin tapauskohtaisen harkinnan olevan tärkeää etenkin

LIITE 2.

muiden kuin ammatinsa puolesta jatkuvasti altistuvan pelastushenkilökunnan kanssa toimittaessa ja toteavat jälkipuinnin kehittäjän Jeffrey Mitchellin tarkentaneen ohjeistustaan myöhemmin. Uudempien suositusten mukaan normaaleissa kriiseissä jälkipuinti tulisi järjestää 1–10 päivän kuluessa ja suuronnettomuuksien jälkeen vasta 3–4 viikon kuluttua.

Tutkimustulokset järjestettiin vielä vetäjän koulutuksen mukaan löytäen näin hyvin selviä linjoja. Kouluttamattomien työntekijöiden tai vapaaehtoisten vetämien jälkipuintien seurantatulokset viittaavat istuntojen hyödyttömyyteen tai jopa lievään haitallisuuteen, kun taas ammattitaitoisten kriisityöntekijöiden tai Mitchellin alkuperäisen mallin mukaisen kriisityöntekijä-vertaisryhmän edustaja -työparien työ tuotti useimmiten myönteisiä tuloksia.

Kirjoittajat toteavat pohdinnassaan, että jälkipuinnin hyödyttömyyteen tai jopa haitallisuuteen viittaavat tulokset on saatu tutkimuksissa, joissa jälkipuintia on sovellettu hyvien työtapojen vastaisesti. Kirjoittajat eivät kuitenkaan syytä tästä pelkästään tutkijoita, jotka tinkivät sisällöstä tutkimusasetelman vuoksi, vaan toteavat tämän osoittavan, että jälkipuinnin käyttö on monissa maissa riistäytynyt hallinnasta, ja sen epäammattimaisesta käytöstä on tullut yleisesti hyväksyttävä tapa hoitaa traumaattisten tilanteiden jälkihoito. Tästä näkökulmasta Suomi on yleisesti tunnustettu esimerkiksi maaksi kriisityön järjestämisessä, sillä meillä kriisien jälkihoito on koordinoitu maanlaajuisesti niin, että työtä tekevät ainoastaan ammattilaiset yhteisesti määriteltyjen käytäntöjen mukaisesti. Apu ei myöskään rajoitu yhden kerran kaavamaiseen jälkipuintiin, vaan avun tarve ja laajuus psykologisesta ensiavusta pidempiin terapioihin asti ratkaistaan tapauskohtaisesti.

Jälkipuinnin käyttö työssään helposti traumatisoituvien ammattiryhmien kanssa

Helposti työssään traumatisoituvilla ammattiryhmille järjestetään traumaattisten tilanteiden jälkeen ja myös niitä ennakoivasti monin paikoin sekä yksittäisiä jälkipuinteja että laajempien interventio-

ohjelmia. Näin toimitaan myös Suomessa ainakin suuronnettomuuksien jälkihoidon yhteydessä. Interventioiden vaikuttavuudesta on tehty useita systemaattisia katsauksia.

Malcolmin ym. (2005) katsauksessa käydään läpi 12 erityyppistä tutkimusta, joiden kautta on arvioitu Mitchellin mallin mukaisen jälkipuinnin toimivuutta virkatehtävissä traumatisoituneiden poliisien tai muun pelastushenkilökunnan auttamiseksi. Monet tutkimukset ovat ryhmävertailuita, mutta satunnaistamisen sijaan koe- ja kontrolliryhmät olivat niissä tyypillisesti muotoutuneet työpaikkojen käytäntöjen kautta. Esimerkiksi Nurmen Estonian jälkihoitoa kuvaavassa tutkimuksessa tutkimusasetelma oli syntynyt niin, että poliisi- ja palolaitosten työntekijöille oli tarjottu jälkipuintia, mutta sairaaloiden käytäntöihin se ei kuulunut.

MacDonaldin (2003) katsauksessa esitellään 5 kokeellista ja 8 tapaustutkimusta, joissa käsitellään jälkipuinnin tuloksellisuutta armeijaympäristössä. Interventioina tutkimuksissa oli käytetty Mitchellin tai Dyregrovin mukaista psykologista jälkipuintia tai Shalevin historiallista ryhmäjälkipuintia.

Regel (2007) puolestaan esittelee katsauksessaan brittiläisten työpaikkojen jälkipuintikäytäntöjä pohtien usein referoitua tutkimusnäyttöä siitä näkökulmasta, millaisia päätelmiä siitä oikeastaan voidaan tehdä. Regel osoittaa yksityiskohtaisesti, että tiukkoja metodologisia kriteereitä noudattavissa meta-analyyseissa mukana olleilla interventioilla ei ole juurikaan sisällöllisiä yhtäläisyyksiä Mitchellin tai Dyregrovin mallin mukaisen jälkipuinnin kanssa, jolloin tutkimustuloksiakaan ei voi yleistää koskemaan niitä. Sisällöllisesti asianmukaisista interventioista taas ei ole tehty työntekijäryhmiä koskevia tutkimuksia, jotka täyttäisivät tiukimmat metodologiset kriteerit.

Saman on havainnut myös Devilly työtovereineen tarkastellessaan 2003 ja 2006 julkaistuissa katsauksissaan australialaisesta näkökulmasta käsin työnantajien tarjoamia jälkipuintipalveluita ja vaikuttavuustutkimuksia maailmalla. He toteavat sekä tarjottavien palveluiden että metodologisesti vahvojen tutkimusten sisältöjen olevan niin kirjava, että yleistysten tekeminen on hyvin hankalaa. Regelin tavoin he osoittavat selvästi Cochrane-

LIITE 2.

katsauksen (Rose ym. 2005) ja vastaavien meta-analyysien (esim. van Emmerik ym. 2002) puutteet mutta kritisoivat yhtä lailla sisällöllisten asiantuntijoiden Everlyn ja työtovereiden (esim. edellisessä luvussa esitelty Everly ym., 2000) katsauksia, joiden myönteisiä tuloksia he eivät ole yrityksistä huolimatta kyenneet toistamaan yhtä voimakkaana. Kirjoittajat peräänkuuluttavat lisää sisällöllisesti asianmukaisia satunnaistettuja tutkimuksia, mutta menevät valitettavasti päätelmissään niin pitkälle, että suosittelevat nykytiedon valossa ainoastaan kognitiivis-behavioraalisten interventtioiden käyttöä.

Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien toimivuudesta tosiaan löytyy vahvaa näyttöä (esim. Roberts ym., 2009), mutta tutkimustiedon puute ei silti ole osoitus muiden interventtioiden toimimattomuudesta, varsinkaan kun jälkipuinnin tapauksessa puutetta on ainoastaan metodologisesti tietynlaisista tutkimuksista. Satunnaistetuilla ryhmävertailuilla kun on kaiken lisäksi hyvin hankala tavoittaa psykologisten menetelmien ilmenemismuotojen tilannesidonaisuutta ja moniulotteisuutta, joihin niiden vaikuttavuus pitkälti perustuu. Kuten Flanneryn, Everlyn ja työtovereiden (2003; 2001) katsauksista havaitaan, näyttöä työntekijäryhmien kanssa toteutetuista jälkipuinnista on paljon, vaikka se ei olekaan satunnaistetuista kokeellisista ryhmävertailuista saatua. Lisää tutkimustietoa tarvitaan aina, mutta jo nykytiedon valossa on mahdollista tehdä päätelmiä jälkipuinnin hyödyllisyydestä työssään helposti traumatisoituvien ammattiryhmien auttamisesta.

Malcolmin ym. ja MacDonaldin katsauksissa esiteltyjen ei-satunnaistettujen tutkimusten tulokset osoittavat asianmukaisesti toteutetulla jälkipuinnilla olevan myönteisiä vaikutuksia sekä pelastushenkilökunnan että sotilaiden työkykyyn ja hyvinvointiin. Osassa tutkimuksista myönteiset tulokset näkyivät myös oiremittareiden kautta, mutta suurimmassa osassa hyöty ilmeni ennen kaikkea osallistujien henkilökohtaisten kokemusten kautta. Malcolm työtovereineen tuo esiin oiremittareiden käytön ongelmallisuuden työntekijäryhmissä, joissa heikkouden myöntäminen ei ole yleisesti hyväksyttävää. Samasta syystä myös kaikenlaisten

interventtioiden käyttö on paikoin ollut vastatulessa, vaikka poliisi- ja pelastuslaitosten työntekijät ovat yleisesti kokeneet ne hyödylliseksi. MacDonald painottaa lisäksi, että kun intervention yhtenä tarkoituksena on oireiden tiedostamisen lisääminen ja sitä kautta niiden hallinnan saavuttaminen, oireiden raportoitua vähenemistä ei edes voi pitää jälkipuinnin ensisijaisena – jos minkäänlaisena – tavoitteena.

Roberts työtovereineen (2009) nostaa meta-analyysistaan ainoana pidempikestoisen akuutin kriisityön haitallisuutta osoittavana löytönään sen, että yhdessä tutkimuksessa jälkipuintiin osallistunut ryhmä raportoi verrokkeja enemmän oireita pian istuntojen jälkeen, minkä jälkeen erot taas tasaantuivat. Havaintoa voi pitää osoituksena oiretietoisuuden lisääntymisestä, mutta tulokseen on suhtauduttava hieman varauksella, sillä tutkimuksen tekijät eivät itse tällaista aineistostaan tilastollisilla menetelmillä havainneet (Marchand ym., 2006).

Everly ym. 2001 pitävät katsauksessaan oireilun vähentymistä kuitenkin yhtenä tulokselisuutta osoittavana kriteerinä, ja he osoittavat jälkipuintiin liittyvän laajemman CISM-ohjelman toimivan tässä tarkoituksessa pelastustyöntekijöiden ja ilmavoimien sotilaiden auttamisessa sekä pankkivirkailijoiden tukemisessa ryöstön jälkeen. CISM-tyyppisillä ohjelmilla on lisäksi havaittu olevan jopa traumaattisten tilanteiden syntymistä ennaltaehkäiseviä vaikutuksia, kun esimerkiksi psykiatristen klinikoiden työntekijöitä on ohjelman puitteissa valmennettu kohtaamaan uhkavasti käyttäytyviä asiakkaita. Everly ja Flannery työtovereineen referoivat katsauksessaan jälkimmäisen suorittamaa meta-analyysia, joka osoitti väkivaltatilanteiden vuosittaisten lukumäärien laskeneen huomattavasti ohjelmaa toteuttaneissa mielenterveysyksiköissä.

Työhön liittyvän traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on suhteellisen harvinaista. Tässä esiteltyjen katsauksien perusteella on vaikea tehdä varmoja johtopäätöksiä siitä, kuinka hyvin jälkipuinti ainakaan yksittäisinä istuntoina ehkäisee traumaperäisen stressihäiriön syntymistä näissä äärimmäisissä tapauksissa. Sen sijaan muista nä-

LIITE 2.

kökulmista tarkasteltuna jälkipuinti ja sen laajempi käyttöyhteys CISM näyttävät näiden katsauksien perusteella hyvin käyttökelpoisilta menetelmiltä työssään helposti traumatisoituvien työntekijäryhmien työkyvyn ylläpitäjänä.

POHDINTAA

Psykologisesta kriisityöstä käydään toistuvasti julkista keskustelua, jossa kyseenalaistetaan Suomessa tehtävän kriisityön vaikuttavuutta vetoamalla kansainvälisiin tutkimustuloksiin (esim. Wahlbeck, 2005; 1999, Keltikangas-Järvinen, 2009). Ennen kaikkea lääkäreiden keskuudessa on herännyt Cochrane-katsausten (Rose ym., viimeisin päivitys 2005) pohjalta huoli akuutin kriisityön mahdollisista haittavaikutuksista. Näissä pohdinnoissa ei kuitenkaan ole otettu huomioon, että Cochrane-tyyppisissä katsauksissa käsitellyillä työmenetelmillä on hyvin vähän yhtymäkohtia Suomessa tarjottavan psykologisen kriisiavun kanssa.

Tutkimustulokset, joihin keskusteluissa viitataan, koskevat yleensä yksittäisiä jälkipuinti-istuntoja. Istuntojen vaikuttavuutta ei ole pystytty osoittamaan tiukat metodologiset kriteerit täyttävissä tutkimuksissa, ja joissakin tapauksissa istunnoista on tulkittu olevan jopa haittaa. Nämä tutkimukset ovat lähes poikkeuksetta kuitenkin sisällöllisesti hyvin ongelmallisia – ei vain Suomen akuutin kriisityön malliin verrattuna vaan muualla maailmassakin vastuullisesti toimivien kriisityön ammattilaisten näkökulmasta tarkasteltuina.

Useimmissa meta-analyyseissä ja systemaattisissa katsauksissa on ollut mukana vain pieni joukko tutkimuksia, jotka ovat interventioden suhteen sisällöltään epäyhtenäisiä, sillä niiden pääasiallisena valintakriteerinä on ollut satunnaistettu kokeellinen ryhmävertailu tutkimusasetelmana. Kriisityön ammattilaisilla on käytössään sekä klinisen kokemuksen että tutkimustiedon kautta vaikuttaviksi todettuja työmenetelmiä, ja eettisesti toimivien psykologien on hyvin vaikea rakentaa tutkimusasetelmaa, jossa juuri traumaattisen tilanteen kokeneita ihmisiä satunnaistetaan asianmukaista hoitoa saaviin ja sitä vaille jääviin. Tästä syystä

satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailuiden kautta tutkitut kriisihoitomenetelmät ovat lähes poikkeuksetta sisällöltään jotakin aivan muuta kuin ammattitaitoisten kriisityöntekijöiden hyväksi havaitsemia käytäntöjä.

Tyypillisesti tällaisissa tutkimuksissa istuntojen vetäjillä ei ole ollut asianmukaista koulutusta kriisityöhön, ja osallistujat ovat olleet juuri fyysisesti vaikeahkosti loukkaantuneita tulipalojen tai liikenneonnettomuuksien uhreja, joiden kanssa vetäjä on käynyt kahdenkeskisen keskustelun jonkin tietyn, tutkimustarkoituksia varten sovelletun kaavan mukaan. Ryhmäinterventioita tiukimpia tutkimusasetelmakriteereitä noudattavissa meta-analyyseissä ja katsauksissa ei juuri ole ollut mukana, vaikka niiden tulokset ovat yleisesti olleet yksilöinterventioita myönteisempiä.

Interventioiden sisältöön liittyvien kysymysten ohella suuren ongelman tulosten yleistettävyyteen aiheuttavat virheelliset johtopäätökset siitä, mikä todella on intervention vaikutusta ja mikä johtuu siitä riippumattomista tekijöistä. Yhdessä tunnetuimmista jälkipuinnin haitallisuuteen viittaa-vista tutkimuksista (Bisson ym, 1997) koeryhmä oli satunnaistamisesta huolimatta vertailuryhmää vaikeammin traumatisoitunut, ja tutkijat itsekin totesivat lähtötilanteen olleen interventiota voimakkaammassa yhteydessä tutkittavien oireiluun 13 kuukauden seuranta-ajan päätyttyä. Tämän tutkimuksen perusteella on siis hyvin vaikea päätellä, kuinka suuri vaikutus yhdellä sairaanhoitajan tai psykiatrin vetämällä CISD-mallia soveltavalla yksilö- tai parikeskustelulla on ollut kokonaisuuteen, vaikka koeryhmän loppuarvioinnin tulokset olivatkin vertailuryhmää kielteisemmät. Tässä, kuten monessa muussakin vastaavassa tutkimuksessa osallistujat kokivat tapahtumien läpikäynnin kuitenkin itselleen hyödyllisinä.

Yksittäisillä jälkipuintikeskusteluilla – jopa monilla ammattitaidottomastikin toteutetuilla – on usein todettu olevan myönteisiä vaikutuksia sekä asiakkaiden subjektiivisesti kokemaan hyvinvointiin (Arendt ja Elklit, 2001) että objektiivisemmin mitattavan alkuvaiheen oireilun ehkäisemiseen (Everly ym., 2000). Onkin syytä miettiä, onko mielekästä arvioida varhaisten interventioiden vaikut-

LIITE 2.

tavuutta ainoastaan traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyn näkökulmasta sen sijaan, että intervention terapeuttisia vaikutuksia arvioitaisiin laajemmin.

Monissa seurantatutkimuksissa yksittäisen jälkipuinnin on havaittu lykanneen traumaperäisen oireilun alkamisajankohtaa, jos sen jälkeen ei ole tarjottu mitään jatkoapua. Yksittäinen jälkipuinti ei siis näytä riittävän monille asiakkaille, mikä voi osaltaan selittää sen, että pidemmistä kriisi-interventioista saadut tutkimustulokset ovat yleisesti myönteisempiä. Arendt ja Elklit (2001) nostavat avun laajuutta pohtiessaan esiin pulman odotusten epärealistisuudesta. Monissa tutkimuksissa yksittäisellä keskustelulla on oletettu olevan ehkäiseviä vaikutuksia jopa vuosien päähän, ja kun sillä ei sitten olekaan ehkäisty traumaperäisen stressihäiriön syntymistä, menetelmä on todettu täysin hyödyttömäksi. Yksittäisten tapaamisten vaikutusten arvioinnissa olisi ehkä järkevää keskittyä lyhytaikaisten vaikutusten monipuolisempaan tarkasteluun ja huolehtia samalla siitä, että asiakkaat saavat asianmukaista jatkohoitoa sitä tarvittaessa. Arendt ja Elklit (2001) näkevät jälkipuinnin eräänä hyötynä juuri jatkoavun tarpeen kartoitusmahdollisuuden, mutta tämä edellyttää sitä, että istuntojen vetäjinä toimii ainoastaan kriisityön ammattilaisia. Heidän tulisi myös olla riittävän ammattitaitoisia suunnittelemaan tukijatkumo asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtien.

Suomessa akuutti kriisityö toimii juuri siten, että ammattitaitoista psykologista tukea järjestetään asiakkaiden yksilöllinen tilanne huomioiden, ja sen yhtenä tavoitteena on intensiivisempää apua tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen.

Tutkimustulosten ongelmallisuudesta huolimatta on hyvä ottaa vakavasti jälkipuinnin arvostelijoiden argumentit siitä, että traumaattisten tilanteiden purkaminen ei välttämättä sovellu kaikille. Wahlbeck (2005) toteaa, että varhaisten psykologisten interventioiden vaikutus onnettomuuden uhreihin saattaa olla voimakas, eivätkä tällaiset keinot sitten sovellu riittämättömän koulutuksen saaneiden työntekijöiden käyttöön. Kokemusten käsittelystä suuresti ahdistuvien asiakkaiden tunnistaminen ja heidän tarpeidensa mukaan toimiminen vaatii kriisityöntekijältä vahvaa ammattitaitoa, ja sik-

si kriisiryhmien vetäjät ovatkin Suomessa lähes poikkeuksetta kriisityökoulutuksen saaneita kokeneita ammattilaisia, joista yli puolella on psykologin pohjakoulutus (Hynninen ja Upanne, 2006). Kriisi-interventioita – kuten muitakaan psykologisia menetelmiä – ei koskaan voi toteuttaa kaikille samanlaisen ”keittokirjareseptin” mukaan, vaan asiakkaiden yksilölliset lähtökohdat on aina otettava huomioon interventioita toteutettaessa. Tämä taas osaltaan tekee lääketieteen mallin mukaisten satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailuiden käyttämisen lähes mahdottomaksi, sillä tiukimmat kriteerit täyttävissä tutkimusasetelmissa intervention sisällön tulisi olla kaikille osallistujille täsmälleen samanlainen.

Arendt ja Elklit päätelevät 2001 julkaistussa katsauksessaan, että jälkipuinti on oikein sovellettuna käyttökelpoinen menetelmä, mutta sen tavoitteita tulisi tutkimustiedon valossa tarkistaa. Pelastushenkilökunnan ja muiden vastaavien työntekijäryhmien kanssa yksittäisilläkin jälkipuinnilla on todettu olevan traumaperäistä oireilua ehkäiseviä vaikutuksia, mutta traumaattisten tilanteiden uhrien kanssa käytettynä sen tulisi olla ennen kaikkea jatkohoidon tarpeen seulontamenetelmä ja yksi psykologisen ensiavun työväline. Jälkipuinti – kuten monet muutkin psykologiset menetelmät – voi väärissä käsissä olla jopa haitallista, mutta ei ole vaikeaa keksiä vastaavia esimerkkejä lääketieteen puoleltakaan. Mietitäänpä maallikkoo, joka määräisi johonkin vaivaan kylläkin oikeata lääkettä mutta tietämättä mitään annostelusta, ajoituksesta, sivuvaikutuksista tai käytön mahdollisista vasta-aiheista. Valitettavasti hyvin monet jälkipuintitutkimukset on toteutettu juuri tällaisella periaatteella. Lisää tarkempaa tutkimustietoa tarvitaan, sillä vaikka näyttöä oikeaoppisesti toteutetun jälkipuinnin hyödyllisyydestä on olemassa, se ei vielä ole tarpeeksi vakuuttavaa kumoamaan paljon julkisuudessa esillä olleista tutkimuksista liikkeelle lähteneitä virheellisiä oletamuksia.

Tässä katsauksessa esitelty tutkimusnäyttö voidaan tiivistää ja yleistää seuraavasti: Yksilöiden kanssa käydyt, puutteellisen koulutuksen saaneen vetäjän johtamat yksittäiset jälkipuintikeskustelut eivät monille asiakkaille riitä traumaattisten koke-

LIITE 2.

musten jälkihoidoksi, vaan interventiot on toteutettava asiakkaiden tilanteesta riippuen tarvittavan laajuusina. Laajempien varhaisten kriisi-interventioiden toimivuudesta on melko paljon näyttöä etenkin eri työntekijäryhmien ja jo oireilevien asiakkaiden kanssa toimittaessa. Psykologisen ensiavun tarjoaminen kaikille asianosaisille on perusteltua avun tarpeen kartoittamisen näkökulmasta. Lisäksi asiakkaat kokevat pääsääntöisesti itse saavansa apua myös sellaisista interventioista, joiden ei ole osoitettu varsinaisesti ehkäisevän myöhempää traumaaperäistä oireilua. Kriisityöntekijöiden on kyettävä tunnistamaan joukosta sellaiset asiakkaat, joille tilanteen purkaminen aiheuttaa liikaa ahdistusta, ja valittava työskentelymenetelmänsä sen mukaan. Kriisityötä ei siis koskaan pitäisi toteuttaa pelkästään vapaaehtoisvoimin, vaan työntekijöiden asianmukainen koulutus ja kokemus ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Suomalainen käytäntö tehdä akuuttia kriisityötä (Hynninen ja Upanne, 2006; Saari ja Hynninen, 2010) ottaa hyvin huomioon nämä tutkimustulosten osoittamat ongelmakohdat, mutta lisää tutkimustietoa nimenomaan suomalaisen käytännön vaikutuksista tarvitaan ehdottomasti. Kansainvälinen tutkimus osoittaa ennen kaikkea sen, miten kriisityötä ei pidä tehdä. Ei ole kuitenkaan riittävää todeta, ettei Suomessa toimita näin. Suomalaisen kriisityön käytännön tutkimusta pitäisi edistää aktiivisesti ja käydä samalla keskusteluja tutkimusasetelmista, joiden kautta psykologisten käytäntöjen vaikuttavuutta voidaan arvioida eettisesti hyväksyttävällä tavalla.

Lähteet

- Albright, D.L., Thyer, B.A., Becker, B.J., & Rubin, A. (2008). Does eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) reduce posttraumatic stress disorder in combat veterans? *The Campbell Library of Systematic Reviews*. (http://db.c2admin.org/doc-pdf/Albright_EMDR_title.pdf)
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition). Washington, DC.
- Arendt, M., Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.
- Bastos, M.H.S., Bick, D., Rowan, C.J., Small, R. & McKenzie-McHarg, K. (2008). Debriefing for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4/2008.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4/2008.
- Bisson, J., Kitchiner, N.J. (2003). Early psychosocial and pharmacological interventions after traumatic events. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41, (42-51).
- Bisson, J., Jenkins, P., Alexander, J. & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., Foa, E.B. & Landrigan, P.J. (2006). A propensity score analysis of brief worksite crisis interventions after the world trade center disaster. Implications for intervention and research. *Medical Care*, 44, 454-462.
- Cullberg, J. (1991). *Tasapainon järkkyyssä – psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma*. Helsinki: Otava.
- Deville, G.J., Gist, R., & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology*, 10, 318-345.
- Deville, G.J. & Cotton, P. (2003). Psychological debriefing and the workplace: Defining a concept, controversies and guidelines for intervention. *Australian Psychologist*, 38, 144-150.
- Duodecim (2009). *Traumaaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt*. Käypä hoito -suositus 24.8.2009.
- Dyregrov (1997). The process in psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-604.

LIITE 2.

- Ehlers, A. & Clark, D.M (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817–826.
- Van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M. & Emmelkamp P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 360, 766–771.
- Everly, Jr., G.S., Flannery Jr., R.B., Eyler, V. & Mitchell, J.T. (2001). Sufficiency analysis of an integrated multicomponent approach to crisis intervention: Critical incident stress management. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 174–183.
- Everly, Jr., G.S., Flannery Jr., R.B. & Mitchell, J.T. (2000). Critical incident stress management (CISM): updated review of findings, 1998–2002. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 23–40.
- Flannery Jr., R.B. & Everly, Jr., G.S. (2004). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 319–329.
- Flenady, V. & Wilson, T. (2007). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4/2008.
- Gillies, D., O'Brien, L., Rogers, P., & Meekings, C. (2007). Psychological therapies for the prevention and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4/2008.
- Hobbs M., Mayou, R., Harrison, B. & Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438–1439.
- Hynninen, T. & Upanne M. (2006). *Akuutti kriisityö kunnissa: Nykytila ja kehittämishaasteet*. Stakes, Raportteja 2/2006.
- Kaplan, Z., Iancu, I. & Bodner, E. (2001). A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*, 52, 824–827.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Onko elämää ilman kriisiterapiaa? *Suomen Lääkärilehti*, 12/2009.
- Lee, C., Slade, P. & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in females following early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 153, 810–818.
- Leiman, M. (2004). Psykoterapiatutkimuksen historiaa. Esitys Jyväskylän yliopiston psykoterapiaklinikan seminaarissa “Näyttöön perustuva psykoterapia” 12.–13.2. 2004. (www.joensuu.fi/Noot/ML)
- Lewis, S.J. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 329–343.
- MacDonald, C.M. (2003). Evaluation of stress debriefing interventions with military populations. *Military Medicine*, 168, (961–968).
- Macdonald, G.M., Higgins, J.P.T. & Ramchandani, P. (2006). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *The Campbell Library of Systematic Reviews*. (http://db.c2admin.org/doc-pdf/Macdonald_CBI_Child_SexAbuse_review.pdf)
- Malcolm, A.S., Seaton, J., Perera, A., Sheehan, D.C. & Van Hasselt, V.B. (2005). Critical incident stress debriefing and law enforcement: An evaluative review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 261–278.
- Marandos, R., Perry, A. Interventions designed to support victims of crime: Psychological outcomes. *The Campbell Library of Systematic Reviews*. (http://db.c2admin.org/doc-pdf/Marandos_CrimeVictims_protocol.pdf)
- Marchand, A., Guay, S., Boyer, R., Iucci, S., Martin, A. & St-Hilaire, M.-H. (2006). A randomized controlled trial of an adapted form of individual critical incident stress debriefing for victims of an armed robbery. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 122–129.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). A three year follow-up of a randomized controlled trial of psychological debriefing for road traffic accidents. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36–39.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd Edition. (http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/smallerPFA_2ndEditionwithappendices.pdf)
- Parslow, R., Purcell, R., Garner, B. & Hetrick, S.E. (2008). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4/2008.

LIITE 2.

- Penalba, V., McGuire, H. & Leite, J.R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4/2008.
- Ramsay, J. (2008) Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial wellbeing of women who experience intimate partner abuse. *The Campbell Library of Systematic Reviews*. (http://db.c2admin.org/doc-pdf/Ramsay_Advocacy_PartnerAbuse_title.pdf)
- Regehr, C., Alaggia, R. & Saini, M. Interventions to reduce distress in adult victims of sexual violence and rape. *The Campbell Library of Systematic Reviews*. (http://db.c2admin.org/doc-pdf/Regehr_Treatment_Distress_Rape_title.pdf)
- Regel, S. (2007). Post-trauma support in the workplace: The current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occupational Medicine*, 57, 411–416.
- Roberts, A.R. & Everly Jr., G.S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10–21.
- Roberts, N.P., Kitchinger, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2007). Multiple session early psychological intervention to prevent and treat post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4/2008.
- Roberts, N.P., Kitchinger, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166, 293–301.
- Rose, S. & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697–710.
- Rose S., Bisson J. & Wessely S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (the first update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002/2.
- Rose S., Bisson J., Churchill R. & Wessely S. (2005). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (the second update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007/4.
- Ruzek J.I., Brymer M.J., Jacobs A.K., Layne C.M., Vernberg E.M. & Watson P.J. (2007). Psychological First Aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29, 17–49.
- Saari, S. (2005). Kriisityö perustuu todelliseen tarpeeseen. *Suomen Lääkärilehti*, 60, 3353.
- Saari, S., Lindeman, M., Verkasalo, M. & Prytz, F. (1996). The Estonia disaster: A description of the crisis intervention in Finland. *European Psychologist*, 1, 135–139.
- Saari, S. & Hynninen, T. (2010). Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. *Psykiologia* 1/2020.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ursano, R. J. & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, 163, 494–498.
- Sensky, T. (2003). The utility of systematic reviews: The case of psychological debriefing after trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 171–175.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J.B., Carlier, V.E. & Gersons, P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150–155.
- The Campbell Collaboration. <http://www.campbellcollaboration.org> (katsottu 16.10.2008)
- The Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane.org> (katsottu 13.10.2008)
- Vainikainen, M.-P. (2009). Näyttöön perustuvan psykologian juurilla. *Psykiologia*, 1/2009.
- Wahlbeck K. (1999). Psykologinen jälkipuinti vaikutukseton ja ehkä haitallinenkin. *Suomen Lääkärilehti*, 54, 70–73.
- Wahlbeck K. (2005). Onko varhaisesta jälkipuinnista hyötyä vai haittaa? *Duodecim*, 121, 241–243.
- Wessely S, Rose S, Bisson J. (1998). A systematic review of brief psychological interventions (debriefing) for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998/2.
- Wilson, J.P., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C. & Sigman, M. (2000). Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of the Menniger Clinic*, 64, 181–196.
- World Health Organisation (1992). International statistical classification of diseases and related health problems (10th revised edition). Geneva, Switzerland.

LIITE 3.

TUULA HYNNINEN

Millaista arviointitietoa suomalaisen kriisityön käytännön toimivuudesta, vaikutuksista ja vaikuttavuudesta on koottu?

Kriisi- ja traumailmiöiden tutkimustoiminta on Suomessa pienimuotoista ja hajanaista. Yksittäisiä hyviä kohdennettuja tutkimuksia ja tutkimuspotentiaalia on kuitenkin olemassa, ja myös kehittämissuunnan alueella on päästy eteenpäin. Tehty tutkimus on sinänsä ollut käytäntöjen kehittämisen kannalta hyödyllistä, mutta yhtään riittävän suurta ja kansainvälisellä tasolla toimivaa tutkimusryhmää ei kuitenkaan ole syntynyt. (Lönnqvist, 2006; Lankinen ym., 2006).

Tähänastinen kriisi- ja traumatutkimus Suomessa on perustunut hyvin pieniin aineistoihin. Lisäksi valtaosa tutkimuksesta on ollut taannehtivaa ja lähtenyt liikkeelle myöhään. Tutkimuksen tarve on syntynyt useimmiten ad hoc-tyyppisesti (vrt. Lapua, Estonia, Myyrmanni ja tsunami), ja eri tutkijat ja ryhmät ovat tehneet tapauskohtaisia käytännön selvityksiä. Etenevää seurantatutkimusta ei ole toistaiseksi kyetty kunnolla organisoimaan maassamme. Pienimuotoisen ad hoc-tyyppisen tutkimuksen on kuitenkin vaikea menestyä kansainvälisessä vertailussa. (Lönnqvist, 2006; Lankinen ym., 2006).

Suomessa kriisitilanteiden hoitovastuu on kokonaisuudessaankin yhteistyöverkostoihin perustuva ja hajanainen. Hallinnon tasolla opetusministeriö on vastuussa tutkimuksesta, mutta ei sinänsä kytkeydy suoraan kriisi- tai traumatilanteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön ensisijainen vastuu liittyy psykososiaalisen tuen koordinoimiseen ja sisäasiainministeriön kriisitilanteiden hal-

lintoon. Mikään näistä tahoista ei ole nostanut kriisi- ja traumaattisten tilanteiden tutkimustarpeita toistaiseksi voimakkaasti esille. (Lönnqvist, 2006; Lankinen ym., 2006).

Kriisi- ja traumatutkimus, jota Suomessa on tehty, ei ole perustunut satunnaistettuihin kontrolloituihin ryhmävertailuihin. Satunnaistetut kokeelliset ryhmävertailut soveltuvat huonosti psykologisten käytäntöjen arviointiin muun muassa siksi, että järkyttävän tapahtuman kohdanneen auttamatta jättäminen ei ole eettisesti hyväksyttävää. Psykologit käyttävät työssään menetelmiä, joiden vaikutuksista ja tuloksellisuudesta on saatu tietoa kliinisen kokemuksen kautta ja muilla tutkimusasetelmilla ja joiden tarjoaminen asiakkaille on siten perusteltua. Useimmissa akuuttia kriisityötä koskeissa suomalaisissa tutkimuksissa on saatu kriisityön (varhaisten kriisi-interventioiden) kannalta myönteisiä tuloksia.

ARVIOINTITIEDO SUOMALAISEN KRIISITYÖN KÄYTÄNNÖN TOIMIVUUDESTA, VAIKUTUKSISTA JA VAIKUTTAVUUDESTA

Seuraavassa kuvataan millaista arviointitietoa suomalaisen kriisityön käytännöistä, toimivuudesta ja vaikuttavuudesta on olemassa. Kuvauksen jäsennyksenä on käytetty Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvän käytännön kuvauksen arviointitietoa koskevaa jäsenystä (Terveystieteen ja

LIITE 3.

hyvinvoinnin laitos, 2009). Sen mukaisesti ensin kuvataan millaista kriisityötä koskevaa *ammattilaistietoa*, eli käytännön kriisityössä syntyneitä näkemyksiä, kertyneitä kokemuksia ja arvioita, on dokumentoitu joko työntekijöiden itse kirjaamina tai ryhmähaastatteluin tai kyselyin koottuina. Seuraavaksi kuvataan *asiakkaiden* tai käyttäjien omia kokemuksia, näkemyksiä ja arvioita kriisityön käytännöistä, joita on koottu esimerkiksi asiakastyön yhteydessä tai ryhmähaastatteluilla ja/tai kyselyillä. Kolmanneksi kuvataan erilaisilla *vaikuttavuus- ja arviointitutkimuksen* menetelmillä tuotettua tietoa suomalaisesta kriisityön käytännöstä.

Kuvauksessa on esimerkkejä kunkin tyypipes-tä arviointitiedosta. Se ei siis ole kattava kuvaus kriisityötä koskevasta arviointitiedosta Suomessa. Arviointitiedon kuvauksiin on sisällytetty mahdollisuuksien mukaan tiedon keräämisen ajankoh-ta, vaiheet ja käytetyt menetelmät sekä tiedot siitä, mitä käytännön toimivuudesta, vaikutuksista ja/tai vaikuttavuudesta kerätty tieto osoittaa (positiiviset ja negatiiviset tulokset).

Ammattilaistieto

Ammattilaistieto sisältää konkreettisessa sosiaali-tai terveysalan työssä syntyneitä näkemyksiä, ko-kemuksia ja arvioita, joita on dokumentoitu ja joita on kerätty esimerkiksi työntekijöiden itse kirjaa-mina, ryhmähaastatteluilla ja/tai kyselyillä. Näitä ovat kliiniset kokemukset varhaisten kriisi-interventioiden ja ammatillisesti johdetun vertaistuen vaikutuksista traumaattisen tapahtuman jälkeisten oireiden lievittymiseen ja psyykkisen sopeutumisen nopeutumiseen.

Esimerkki 1. Kliiniset kokemukset Suomessa vuosi Kaakkois-Aasian hyökyaaltokatastrofin jälkeen osoit-tivat, että varhaisen intervention muodossa apua saaneet voivat paremmin kuin ne, jotka eivät olleet saaneet varhaista kriisiapua.

Kokemuksia varhaisen kriisiavun hyödyllisyy-destä saatiin muun muassa Helsingin psykososi-aalisen tuen kriisiryhmistä. Osoittautui, että ne henkilöt, jotka tulivat kriisiavun piiriin vasta puoli

vuotta onnettomuuden jälkeen tai myöhemmin, voivat psyykkisesti huonommin ja olivat psyykki-sessä sopeutumisprosessissaan hyvin alkuvaiheessa verrattuna niihin, jotka olivat tulleet kriisiavun piiriin pian tai melko pian onnettomuuden jälkeen (Halinen, 2005; Lankinen, 2006).

Esimerkki 2. Myös SPR:n psykologien valmiusryh-män toteuttaman vertaistuen yhteydessä Kaakkois-Aasian katastrofin jälkeen osoittautui, että vertais-tuen piiriin aikaisemmin tulleet olivat psyykkisessä sopeutumisessaan huomattavasti pitemmällä kuin myöhemmin tulleet.

Asiakkaat, jotka tulivat vasta toiseen vertais-tapaamiseen (kahdeksan kuukautta onnettomuu-den jälkeen), olivat psyykkisessä sopeutumisessaan huomattavasti jäljessä niitä, jotka olivat tulleet vertaistuen piiriin heti ensimmäisellä kokoon-tumiskerralla (noin viisi kuukautta tapahtuman jälkeen) (Saari, 2006). Psyykkisen sopeutumis-prosessin edistyminen näkyi tapaamiskerroilla selvästi.

Saatujen kokemusten valossa vertaistuki on osoittautunut tulokselliseksi, jos osallistujien trau-maattinen kokemus on sama ja jos pienryhmät ovat homogeenisia osallistujien kokeman mene-tyksen, perheaseman ja iän suhteen. Onnistuak-seen vertaistuki edellyttää hyvää ammatillisesti toteutettua suunnittelua ja ryhmien vetämistä, korkeaa ammattitaitoa ja psyykkistä kestävyyttä ryhmien vetäjiltä ja hyvää ja miellyttävää ympä-ristöä ja olosuhteita sekä osallistujille että vetäjille (Saari, 2006; Lankinen, 2006).

Asiakkaan/käyttäjän tieto

Asiakkaan ja käyttäjän tieto rakentuu hyödyntäen asiakkaiden tai käyttäjien omia kokemuksia, näke-myksiä ja arvioita käytännöstä. Tätä tietoa voidaan kerätä esimerkiksi asiakastyön yhteydessä sekä ryhmähaastatteluilla ja/tai kyselyillä. Seuraavaksi esitellään asiakkaiden kokemuksia ja arvioita am-matillisesti johdetun vertaistuen hyödyllisyydestä kolmen suuronnettomuuden jälkeen 2000-luvulla.

LIITE 3.

Esimerkki 1. Suomessa vertaistukea käytettiin ensimmäistä kertaa suuronnettomuustilanteessa Myyrmannin räjähdysonnettomuuden jälkeen (Poi-jula, 2004). Myyrmannin onnettomuuden jälkeinen vertaistuki käynnistyi, kun Myyrmannin uhrien selviytymistä koskeneen tutkimuksen ensimmäisessä kyselyssä huomattiin, että vain pieni osa vastanneista (5%) oli saanut tukea toisilta uhreilta. Kun uhrin ja omaiset ilmaisivat tarvetta vertaistapaamiseen, otti Vantaan kaupunki järjestämistä vastuun ja syyskuussa 2003 järjestettiin ”Elämä katastrofin jälkeen” -seminaari Myyrmannin räjähdysuhreille ja omaisille. Seminaariin osallistui 60 uhrin ja omaisten, joista 11 oli lapsia tai nuoria. Aamupäivällä ohjelmassa oli musiikkiesitys vainajien muistoksi, Vantaan kaupungin, Myyrmäki-rahaston ja Valtiohallituksen edustajien alustukset sekä uhrien ja omaisten puheenvuorot. Aamupäivällä esitettiin myös yhden ulkomailla asuvan uhrin kuvakirje lapsille, selostettiin uhreja ja omaisia koskevan kyselytutkimuksen ensimmäisen osan tuloksia ja pidettiin pelastustyötä ja rikostutkintaa koskevat esitykset. Iltapäivällä osallistujat keskustelivat keskenään ja kokosivat päivän lopuksi tiedotteen tiedotusvälineille. Lapsille ja nuorille oli ohjattu trauman ja surun interventio, jossa käytiin piirtämällä ja keskustellen ryhmässä läpi tapahtuma, sen aiheuttamia tunteita, avun saamista, toivoa ja paranemista.

Myyrmäen onnettomuuden jälkeisen palautetiedon perusteella ensimmäiseen vertaistukitilaisuuteen osallistuneet pitivät järjestettyä tapaamismahdollisuutta tarpeellisenä ja toivoivat uutta samanlaista mahdollisuutta toistensa tapaamiseen jatkossakin. Toinen uhrien ja omaisten vertaistapaaminen järjestettiin huhtikuussa 2004 Myyrmäki-rahaston tuella. Siihen osallistui noin 40 aikuista ja 20 lasta.

Esimerkki 2. Suomen Punainen Risti järjesti ensimmäistä kertaa kriisipsykologien vetämiä vertaistukitilaisuuksia Konginkankaan liikenneturmassa menehtyneiden perheille ja onnettomuudessa loukkaantuneille ja heidän perheilleen. Konginkankaan onnettomuudessa menehtyneiden ja loukkaantuneiden määrä oli niin suuri, että heidän perheilleen oli

mahdollista kohdistaa ryhmämuotoista tukea.

Konginkankaan onnettomuuden jälkeisen vertaistuen tavoitteet olivat terveen toipumisen tukeminen traumaattisessa kriisissä ja surussa, normaaleja kriisireaktioita koskeva neuvonta (psykoedukaatio) ja normalisointi. Lisäksi vertaisryhmissä mahdollistui samassa asemassa olevien perheenjäsenten välinen ajatusten, tunteiden ja kokemusten jakaminen (Lankinen, 2006).

Vertaistukitilaisuuksien työmuotoina olivat ammatillisesti johdetut vertaistukiryhmät ja psykologien pitämät lyhyet alustukset. Ryhmäkokoontumina olivat perheryhmät, aikuisen perheenjäsenen aseman perusteella muodostetut ryhmät (äitien, isien, sisarusten ja sisarusten puolisoitten ryhmät) ja lasten ryhmät. Lisäksi yhteenvetokeskusteluja käytiin kaikkien osanottajien muodostamassa suurryhmässä. Vertaistukitilaisuudet järjestettiin 3 kk:n, 7 kk:n, 13 kk:n ja 26 kk:n kuluttua onnettomuudesta. Osa muodostuneista vertaisryhmistä ja niihin osallistuneista perheistä on tavannut toisiaan myös vertaistukitilaisuuksien välillä.

SPR:n saama palaute Konginkankaan suuronnettomuudessa menehtyneiden omaisilta sekä loukkaantuneilta ja heidän perheiltään oli erittäin myönteistä. Erityisesti kiitosta omaisilta tuli aktiivisesta avun tarjoamisesta tilanteessa, jossa omat psyykkiset voimavarat eivät riittäneet omaehtoiseen avun hakemiseen.

Riitta Kumpulaisen tutkimuksessa psykososiaalisten tukipalvelujen toimivuudesta Konginkankaan onnettomuuden jälkeen aktiivisimpia jatkotuen tarjoajia olivat seurakunnat ja SPR. Tutkimuksen mukaan juuri vertaistukiryhmät koettiin parhaimmaksi jatkotukimuodoksi perheen, sukulaisten ja ystävien antaman tuen jälkeen (Kumpulainen, 2006).

Esimerkki 3. Suomen Punaisen Ristin järjestämä vertaistuki tsunamin jälkeen (Saari, 2006, Lankinen, 2006). Suomen Punainen Risti teki helmikuussa 2005 periaatepäätöksen kohdistaa kotimaan apunsa Aasian katastrofissa menehtyneiden ja kadonneiden omaisten vertaistukitilaisuuksien järjestämiseen. Hyökyaaltokatastrofi oli poikkeuksellinen tapahtuma

LIITE 3.

myös kotimaan näkökulmasta. Traumaattisen tapahtuman uhreja eivät olleet ainoastaan katastrofialueella olleet henkilöt vaan myös katastrofin aikana kotimaassa olleet menehtyneiden perheenjäsenet ja lähiomaiset.

Hyökyaaltokatastrofissa menehtyneiden suuren lukumäärän perusteella heidän perheenjäseniään ja omaisiaan oli varovaisestikin arvioiden useita satoja ympäri maata. Mikään ministeriö tai muu viranomaistaho ei kuitenkaan valmistautunut selvittämään ja ottamaan vastuulleen sitä, miten näiden kotimaan uhrien psykososiaalisen tuen järjestelyt toteutuisivat. Koska oli todennäköistä, että menehtyneiden lähiomaiset asuivat eri kunnissa kuin menehtyneet, minkään kunnan kriisiryhmät eivät voineet keskitetysti tavoittaa ja auttaa heitä traumaattisesta kriisistä selviytymisessä. Osa perheenjäsenistä oli itse katastrofista pelastuneita ja loukkaantuneita. Lähiomaisten tavoittaminen ja avuntarpeen kartoittaminen vaati selvitystyötä, josta mikään viranomaistaho ei ollut vastuussa. Suomen Punainen Risti otti selvitystyön tehdäkseen.

Vertaistukitilaisuuksien tavoitteena oli tukea osallistujien tervettä selviytymisprosessia. Tilaisuudet loivat perheenjäsenille ja lähiomaisille puitteet tavata muita samassa asemassa olevia ja mahdollisuuden käsitellä tapahtunutta ja omaa tilannettaan vertaisten kanssa. Vertaistuen tavoitteena oli edistää perheenjäsenten ja omaisten omaa tervettä toipumisprosessia traumaattisessa surussa ja kriisissä (kannattelu), mahdollistaa traumaattisten tapahtumien ja tunnereaktioiden käsittely/vertailu vertaisryhmissä ja siten normalisoida omat reaktiot, tunteet ja ajatukset toipumisen eri vaiheissa, välittää tietoa traumaattisesta kriisistä toipumisen vaiheista ja traumaattisesta surusta (psykoedukaatio); normalisoida reaktioita, lisätä tietoa itsehoidollisista menetelmistä (kehon rauhoittaminen, rentoutuminen) ja pyynnöstä ohjata ja auttaa oman yksilöllisen terapiatarpeen arvioimisessa.

Ryhmiä muodostamisen periaatteena oli, että onnettomuusalueella olleet ja kotimaassa olleet olivat aina omissa ryhmissään. Aikuisilla, lapsilla ja nuorilla oli omat vertaisryhmänsä. Sen lisäksi pyrittiin muodostamaan mahdollisimman homogeeniset ryhmät osallistujien perheaseman, menetyksen luonteen ja elämäntilanteen perusteella. Seuraavanlaisia ryhmiä muodostui: onnettomuusalueella olleet lapset, Suomessa olleet

lapset, kaikki perheenjäsenensä menettäneet, lapsensa menettäneet vanhemmat, lesket, äidit–isoäidit, isät–isoisät, sisarukset, sisarusten puoliset ja niin edelleen.

Vertaistuki toteutettiin viidessä viikonloppuryhmässä (pe-su), joissa kussakin oli noin 60 katastrofissa menehtyneiden perheenjäsentä tai sukulaista. Tapaamisissa oli mukana vähintään yksi perheenjäsen noin 70% onnettomuudessa menehtyneistä. Jokainen ryhmä kokoontui neljä kertaa seuraavan aikataulun mukaisesti: ensimmäinen kokoontuminen 5–8 kk tsunamin jälkeen, toinen kokoontuminen kolme kuukautta ensimmäisen tapaamisen jälkeen (8–11 kk tsunamista), kolmas kokoontuminen vuosipäivän tienoilla ja neljäs tapaaminen kaksi vuotta katastrofin jälkeen. Kahden vuoden aikana toteutetaan siis yhteensä 20 viikonlopputapaamista.

Vertaistuen menetelminä olivat keskustelut ammatillisesti johdetuissa vertaisryhmissä ja psykologien lyhyet alustukset. Yhteenveto- ja palauttekeskusteluja käytiin myös kaikkien osallistujien yhteisissä tilaisuuksissa. Seminaareissa jokainen ryhmäistuntojakso käynnistyi lyhyellä noin 15 minuutin luennolla. Luentojen aiheita olivat muun muassa shokkireaktio ja odottaminen, suru monen perheenjäsenen menetyksestä, roolien muutokset perheissä ja suvuissa jne. Lisäksi annettiin neuvontaa ja ohjausta itsensä rauhoittamisen menetelmistä (hengittäminen, turvapaikka ja niin edelleen). Suurin osa viikonlopputapaamisten ajasta käytettiin psykologien vetämiin vertaisryhmäistuntoihin. Tapaamisissa käytettiin myös runsaasti rituaaleja (Saari, 2006).

Tilaisuuksien suunnittelusta, ohjelmasta ja vetämisestä vastasivat Suomen Punaisen Ristin psykologien valmiusryhmän jäsenet. Jokaisessa tapaamisessa työskenteli noin 15 psykologia. Suomen Punainen Risti on kustantanut vertaistukitapaamisten kaikki kulut (osallistujien matkat ja majoitukset täysihoitoineen, psykologien palkkiot).

Vertaistapaamisista saadut palautteet olivat erittäin myönteisiä. Vain hyvin vähän poisjäämisiä tapahtui. Hankkeen aikana monet uudet perheet ja perheenjäsenet halusivat tulla mukaan kuultuaan muilta kokemuksista tapaamisista. Neljäsosa osanottajista oli lapsia. Osanottajat olivat hyvin halukkaita

LIITE 3.

neljänteen tapaamiseen – alun perin tapaamisia oli suunniteltu pidettäväksi vain kolme – ja he kysyivät oma-aloitteisesti mahdollisuutta siihen.

Asiakkaiden ehdotukset kriisitilanteisiin joutuneiden auttamiseksi

Harjajärvi ja muut (2007) tutkivat STM:n ja Stakesin kolmiosaisella tutkimuksella Aasian luonnononnettomuuden uhrien palvelutarvetta ja palveluiden käyttöä sekä uhrien ja omaisten kokemuksia saamastaan avusta ja palveluista. Tässä kuvataan tarkemmin vain tutkimuksen toisen osan – kyselytutkimuksen – tuloksia avokysymyksen osalta siltä osin, mikä koski haastateltujen ehdotuksia kriisitilanteisiin joutuneiden auttamiseksi.

Tutkimuksen toisessa osassa tutkittiin katastrofialueelta kotiutettujen kokemuksia palveluista ja vointia strukturoidulla kyselytutkimuksella. Selvitettiin, miten katastrofialueelta kotiutetut voivat, mitä palveluja he ovat käyttäneet, mikä on heidän kokemuksensa avun saamisesta ja siitä, millainen apu on auttanut. Tutkimuksen tavoitteensa oli selvittää, aiheuttaako katastrofialtistus pitemmän aikavälin ahdistusta ja uupumusta (engl. *distress*) normaaliväestöön verrattuna. Kotiutettujen tilannetta verrattiin käytössä olevaan Terveys 2000 -väestöaineistoon. Kyselytutkimukseen sisältyi myös avokysymysosa, jossa vastaajat saivat kuvata omia kokemuksiaan vapaasti.

Tutkittavat ehdottivat toisen osan avokysymyksen vastauksissaan kriisiin joutuneiden auttamiseksi muun muassa seuraavaa: Kunnalta tai muulta julkiselta järjestelmältä toivottiin aktiivista toimintaa ja yhteydenottoja. Viranomaisilta toivottiin aktiivista yhteydenottoa mahdollisimman pian, jotta avun hakeminen ei jäisi ihmisen oman aktiivisuuden varaan tilanteessa, jossa ei välttämättä itse osaa arvioida omaa tilannettaan ja mahdollista avuntarvettaan. Lisäksi toivottiin, että kriisiin joutuneiden vointia seurattaisiin jonkin aikaa eikä yhteydenotto jäisi vain yhteen kertaan. Vertaistuki oli nähty merkittävänä apuna, ja julkiselta järjestelmältä toivottiin apua vertaisten tavoittamiseen. Palveluihin toivottiin enemmän joustoa. Tiedottamista kaivattiin lisää, samoin huolenpitoa omaisista. Lisäksi esitettiin, että matkaoppailla ja paikan

päällä olevilla lähetystövirkailejoilla olisi hyvä olla paremmat valmiudet toimia kriisitilanteissa.

Tutkittavien ehdotukset ovat yhteneväisiä niiden akuutin kriisiavun periaatteiden kanssa, joita kriisipsykologit ovat pitäneet esillä: apua on tarjottava aktiivisesti ja mahdollisimman pian äkillisen järkyttävän tapahtuman jälkeen. Tutkittavien ehdotukset siis vahvistavat osaltaan akuutin kriisityön yhteydessä syntynyttä ammattilaistietoa. Tutkittavat kuitenkin menevät ehdotuksissaan jopa ammattilaisia pitemmälle esittämällä, että apua on tarjottava myöhemmin uudelleen siinä tapauksessa, että alkuvaiheessa tarjotusta avusta kieltäydytään. Vertaistuen merkitys tuli ehdotuksissa jälleen kerran esille.

Tutkijan/arvioijan tieto (erilaisilla arviointitutkimuksen menetelmillä tuotettu tieto)

Seuraavassa selostetaan joitakin Suomessa tehdyistä akuuttia kriisityötä koskevista tutkimuksista. Tarkasteltaviksi on valittu pääosin vain sellaisia tutkimuksia, joissa on tutkittu nimenomaan akuuttia kriisityötä suomalaisella auttamismallilla toteutettuna. Pois on jätetty tutkimukset, joissa on arvioitu yleisesti terveydenhuollon palvelujärjestelmältä saatua apua ja uhrien toipumista onnettomuuden jälkeen. Tutkimuksia selostetaan niiden julkaisujärjestyksessä.

Yksittäisten läpikäynti-istuntojen vaikuttavuudesta

Syyskuun 28. päivän aamuna vuonna 1994 aulautautta Estonia upposi lähellä Suomen rannikkoa. Onnettomuudessa kuoli 852 henkilöä ja 137 pelastettiin. Lasse Nurmi (1999) tutki yksittäisten debriefing-istuntojen vaikutuksia pelastustyöntekijöillä. Kolmea pelastustöihin osallistunutta ryhmää (helikopterilentäjät, palomiehet ja poliisit), jotka osallistuivat debriefing-istuntoon pienryhmissä 3–7 päivää Estonian uppoamisen jälkeen, verrattiin ryhmään sairaanhoitajia, joilla ei ollut istuntoa. Istunnot toteutettiin CISD-kriteerien mukaisesti.

Istuntoon osallistuneista 95 % oli tyytyväisiä istuntoon, 5 % ei. Tutkimuksessa saatiin jonkin verran näyttöä siitä, että debriefingillä oli oireita

LIITE 3.

lievittävä vaikutus. Itseraportoidut traumaoireis-temäärät olivat alhaisempia debriefing-istuntoon osallistuneilla (helikopterilentäjillä, palomiehillä, poliiseilla) kuin ei-osallistuneilla (sairaanhoitajilla). Tutkimustuloksen perusteella ei kuitenkaan voida vetää täysin varmaa johtopäätöstä debriefingin oireita lievittävästä vaikutuksesta, koska tutkimusasetelman puutteiden vuoksi ei voida olla varmoja siitä, mistä saatu tulos johtui. Tutkitut ryhmät olivat erilaisia (koeryhmät olivat miesryhmiä, kontrolliryhmä naisia) eikä tutkimuksessa tehty oiremittausta ennen debriefing-istuntoa.

Läpikäynti-istunnon vaikutuksesta traumaattisen tapahtuman jäsentymiseen

Eränen ja muut (1999) vertasivat Estonia-katastrofin yhteydessä psykologiseen jälkipuintiin osallistuneiden kokemuksia sellaisten henkilöiden kokemuksiin, jotka eivät osallistuneet jälkipuintiin. Tutkimuksessa verrattiin toisiinsa koehenkilöiden kirjoittamien kertomusten loogisuutta ja kokemuksen jäsentyneisyyttä. Tutkimusaineisto oli osa laajempaa, kuusi kuukautta Estonia-laivan uppoamisen jälkeen yhteistyössä Suomen Merimiesunionin kanssa kerättyä kyselyaineistoa.

Tutkimuksen kyselylomake lähetettiin Suomen Merimiesunionin jäsenille, jotka työskentelivät onnettomuuden tapahtuessa Itämeren laivoilla. 1500 kyselylomaketta lähetettiin henkilöille, jotka rekisterin mukaan kuuluivat Estonian pelastusoperaatioon osallistuneiden laivojen henkilökuntaan ja lisäksi yhden vertailuryhmäksi valitun laivan työntekijöille. Kyselylomake koostui pääosin kvantitatiivisista mittareista ja kysymyksistä, mutta lisäksi vastaajia pyydettiin kirjoittamaan lyhyt kertomus kokemuksistaan Estonia-katastrofin yhteydessä. Lomakkeita palautettiin 636 kappaletta eli 42,4 %. Näistä erotettiin ne lomakkeet, joihin oli kirjoitettu kertomus. Yhteensä kertomuksia oli aineistossa 231 kappaletta.

Vastanneiden ryhmä jaettiin edelleen kahteen ryhmään sillä perusteella, oliko vastaaja osallistunut jälkipuinti-istuntoon vai ei. Tutkimuksen menetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Analyysista jätettiin pois niiden vastaajien kertomukset, jotka eivät olleet laivalla onnettomuuden tapahtuessa.

Näin saatujen ryhmien tuottamia kertomuksia verrattiin toisiinsa. Jälkipuintiin osallistuneiden kertomuksia analyysissa oli yhteensä 43 kappaletta ja siihen osallistumattomien kertomuksia myös 43 kappaletta.

Hypoteesina oli, että se miten tehokkaasti ja onnistuneesti yksilö on psyykkisellä tasolla kyennyt prosessoimaan kokemaansa traumaattiseen tapahtumaan liittyviä muistoja ja kokemuksia heijastuu hänen tapahtumasta tuottamistaan kirjallisissa muodossa olevista kertomuksista eli narratiiveista. Tutkimuksen alustavien analyysien mukaan jälkipuintiin osallistuneiden ja osallistumattomien välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa kahdella käytetyllä oiremittarilla mitattuna (Eränen L, julkaisematon havainto). Nämä mittarit olivat traumatutkimuksessakin paljon käytetyt Beckin depressiomittari ja Symptom Check List-90-R.

Sen sijaan vastaajien kirjoittamia kertomuksia ja niiden rakenteita analysoitaessa ryhmien väliltä löytyi eroja. Tulokset osoittivat, että debriefing-istuntoihin osallistuneilla oli jäsentyneempi kokonaiskuva tapahtumien kulusta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Debriefing-istuntoihin osallistumattomilla vastausten kuvaukset olivat katkelmallisempia ja kokonaiskuva tapahtumista oli jäsentymättömämpi. Tulosten perusteella tutkijat totesivat, että psykologinen jälkipuinti auttaa jäsentämään tapahtumia.

Tutkijoiden mukaan tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon, että psykologisesta jälkipuinnista tehdyissä tutkimuksissa on yleensä mitattu vastaajien oireiden määrää erilaisilla mittareilla tai verrattu jälkipuintiin osallistuneiden ja osallistumattomien näillä mittareilla eri ajankohtina ilmaismien oireiden määrää. Näissä tutkimuksissa saadut tulokset ovat olleet keskenään ristiriitaisia.

Sen sijaan ei ole juurikaan pohdittu sitä, mitä raportoitu oireiden määrä ilmaisee ja miten se on syytä tulkita. Dyregrov (1996) on kuitenkin tuonut esille epäilyksensä siitä, onko oireiden määrä paras tapa arvioida psykologisen jälkipuinnin tulokellisuutta vai onko kysymys mahdollisesti siitä, miten tietoisia vastaajat ovat oireistaan tai miten halukkaita he ovat raportoimaan kokemiin oireita.

LIITE 3.

Tässä kuvatussa tutkimuksessa haluttiin tavanomaisten, standardoitujen mittarien ohella tutkia jälkipuinnin vaikutuksia muulla tavoin, käyttäen hypoteesien lähtökohtana traumoihin liittyvää muistitutkimusta ja teoreettisia oletuksia psykologisen jälkipuinnin vaikutusmekanismeista.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että psykologisen jälkipuinnin vaikutukset saattavat olla merkittävämmät kokemuksen prosessoinnin, elämänarvojen arvioinnin ja skeemojen mukauttamisen tasolla kuin suoraan psyykkisiä oireita mitattaessa. Aikaisempi tutkimus jälkipuinnista on yleensä pitänyt nyt oireiden mittaamisessa. Tässä tutkimuksessa pyrittiin tavoittamaan psykologisen prosessoinnin onnistuneisuus ja vertaamaan sitä psykologiseen jälkipuintiin osallistuneiden ja osallistumattomien ryhmien välillä.

Tulosta voi pitää tärkeänä ja mielenkiintoisena muun muassa siksi, että yksi debriefing-istunnon tavoitteista on juuri kokonaiskuvan luominen tapahtuneesta. Tutkijat toteavat, että jatkossa tarvitaan useampia tämänkaltaisia, laadullisia menetelmiä käyttäviä tutkimuksia, jotta tavoitettaisiin sellaisetkin kriisi-interventioiden vaikutukset, jotka eivät ilmene oireita mitattaessa. Jatkotutkimuksissa olisi heidän mukaansa syytä välttää yleinen ja myös tässä raportoidulle tutkimukselle ominainen heikkous eli vastaajien valikoituminen. Tutkimusotannassa jälkipuintiin osallistuvien ja osallistumattomien tulisi ehdottomasti olla satunnaisesti poimittuja, jotta vältettäisiin vastaajien omaan valintaan perustuvan ryhmittelyn aiheuttama vinoutuneisuus. Tutkijat ehdottavat myös samanlaistettujen verrokkien käyttöä, joka voisi olla mahdollista huolellisesti laadituissa tutkimusolosuhteissa.

Varhaisten kriisi-interventioiden vaikutuksesta koulutoverin itsemurhan jälkeen

Pojjula ja muut (2001) tutkivat kriisi-intervention vaikutuksia kolmella yläasteella viiden oppilaan itsemurhan jälkeen. Tutkimuksessa tutkittiin kriisi-intervention ja itsemurhan leviämisen välistä yhteyttä. Hypoteesi, jonka mukaan henkilön itsemurha lisää muiden henkilöiden itsemurhariskiä yhteisössä, sai tutkimuksessa tukea. Koulutoverin

itsemurhaa seuranneen vuoden aikana itsemurhien määrä kyseisillä yläasteilla oli tuntuvasti korkeampi kuin todennäköistä samanikäisellä väestöllä Suomessa yleensä. Myös hypoteesi kriisi-intervention itsemurhan leviämistä ehkäisevästä vaikutuksesta sai tukea. Yhtään uutta itsemurhaa ei sattunut neljän vuoden seuranta-aikana kouluissa, joissa mielenterveystyön ammattilaiset antoivat asianmukaista psyykkistä ensiapua ja vetivät debriefing-istuntoja koulutoverin itsemurhan jälkeen.

Tutkimuksen perusteella suositeltiin asianmukaisen kriisi-intervention toteuttamista kouluissa tapahtuneen itsemurhan jälkeen itsemurhien leviämisen ehkäisemiseksi. Tutkimuksen rajoituksena on pieni aineisto. Tutkimuksessa käytetyllä luonnollisen kokeen asetelmalla saatiin asetelman rajoituksista huolimatta ilmiöstä uutta tietoa, jonka perusteella on mahdollista muodostaa hypoteeseja jatkotutkimusta varten. Tutkimuksen tuloksia voi pitää suuntaa-antavina.

Pojjula ja muut (2001) tutkivat 1990-luvun lopulla varhaisen kriisi-intervention vaikutuksia koululuokassa koulutoverin itsemurhan jälkeen. Tutkimus koski kolmea yläastetta sen jälkeen, kun viisi koulujen oppilasta oli tehnyt itsemurhan. Siinä tutkittiin 89 luokkatoverin traumaperäisen stressihäiriön riskiä mitattuna IES:llä (*Impact of Event Scale*) ja voimakkaan surun riskiä (engl. HI, high intensity grief) mitattuna Hogan Sibling Inventory of Bereavementillä. Oppilaille suunnatut kriisi-interventiot vaihtelivat siten, että osa ei saanut mitään kriisiapua, osalla oli psyykkisiä ensiapukeskusteluja ja osalla myös debriefing-istuntoja.

Kuuden kuukauden kuluttua itsemurhasta 30 % luokkatovereista sai pistemääriä, jotka olivat merkinä traumaperäisestä stressihäiriöstä ja 9.8 % pistemääriä, jotka osoittivat voimakasta surua. Ystävyys itsemurhan tehneen luokkatoverin kanssa ennusti traumaperäistä stressihäiriötä ja voimakasta surua. Epäadekvaateiksi koetut kriisi-interventiot olivat voimakkaan surun riskitekijä. Tulosten perusteella suositeltiin kunnollista kriisi-interventiota, seulontaa ja fokuisoitua traumaterapiata koulutoverin itsemurhan jälkeen.

LIITE 3.

Tutkijat toteavat, että kontrolloidut kriisi-interventioiden vaikutuksia mittaavat ryhmävertailut ovat harvoin käytännössä mahdollisia. Esimerkiksi kouluissa tarvittaisiin varmuus siitä, etteivät siten toteutetut interventiot vahingoita oppilaita. Tutkimuksessa käytetty luonnollisen kokeen asetelma ei mahdollistanut käytettyjen kriisi-interventiomenetelmien vertailua. Tutkijat arvioivat, että tiukempi tutkimusasetelma tässä suhteessa olisi auttanut johtopäätösten tekemistä interventiomenetelmien vaikuttavuudesta.

Läpikäynti-istuntoon osallistuneiden kokemuksista ja psyykkisestä hyvinvoinnista

Fröberg (2005) tutki debriefing-istuntoon osallistuneiden kokemuksia menetelmästä ja istunnosta strukturoidulla syvähaastattelulla. Haastattelurunko rakennettiin debriefing-istunnon tavoitteiden pohjalta ja ottaen huomioon seikat, jotka vaikuttavat istunnon kulkuun. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin istuntoon liittyviä tunteita ja kokemuksia. Haastateltujen psyykkistä vointia tutkittiin lisäksi kahdella kvantitatiivisella mittarilla (*Impact of Event Scale, IES* ja *Brief Symptom Inventory, BSI*).

Haastateltavat valittiin Pietarsaaren kriisiryhmän debriefing-istuntoihin vuonna 1998 osallistuneiden joukosta tietyin kriteerein (ruotsinkielisyys; menetyksen/tapahtuman riittävä ”läheisyys” tai koskettavuus; tapahtuman riittävä voimakkuus = DSM-IV:n kriteeri A; ei vakavia psyykkisiä ongelmia). Haastateltavia oli yhteensä 11, joista 7 oli naisia ja 4 miehiä.

Tulokset osoittivat, että selvä enemmistö haastatelluista oli tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen apuun, jota oli saanut debriefing-istunnosta. Osa tutkituista tunnisti selvästi elementtejä, jotka istunnossa olivat auttaneet (muun muassa mahdollisuus puhua omista kokemuksista ja reaktioista, istunto helpotti tapahtumista puhumista myös sen jälkeen). Kukaan haastatelluista ei kokenut, että istunnosta olisi ollut haittaa eikä kellään ollut kokemusta, että olisi alkanut voida huonommin sen jälkeen. Kvantitatiivisten mittausten tulokset olivat BSI -pistemäärien osalta odotettuja parempia ja osittain jopa yllättäviä. BSI -pistemäärien

perusteella haastateltujen psyykkinen vointi oli keskimäärin parempi kuin normaaliväestöllä. IES -pistemäärät olivat odotusten mukaiset. Osa tutkituista sai melko korkeita pistemääriä, kun taas toiset hyvin alhaisia. Merkittävää kuitenkin oli, että sekä miesten että naisten keskiarvot olivat selvästi traumaperäistä stressihäiriötä ilmaisevan rajan alapuolella.

Hypoteesi, että traumaattisen tapahtuman kokeneet hyötyvät debriefing-istunnosta sai siis tukea tutkimuksessa. Tutkijan näkemyksen mukaan myönteisten tulosten ehtona kuitenkin on, että noudatetaan tarkasti debriefing -manuaalia ja ollaan huolellisia niiden seikkojen suhteen, jotka ovat olennaisia onnistuneen istunnon kannalta.

Tutkimus oli huolellisesti toteutettu ja dokumentoitu. Tuloksia voi pitää suuntaa-antavana. Tulosten yleistettävyyden kannalta ongelmana on kuitenkin pieni otos ja tutkimuksen rajautuminen yhdessä kunnassa toteutettuihin istuntoihin. Tutkija ehdottaakin vastaavan tutkimuksen toteuttamista koko maan kattavana.

Suomalaisen kriisi-interventiojärjestelmän toimivuudesta ja tuloksellisuudesta

Hynninen ja Upanne (2006) tutkivat kyselytutkimuksella suomalaista kriisi-interventiojärjestelmää ja kokemuksia sen toimivuudesta ja tuloksellisuudesta kunnissa vuosina 2002 ja 2005. Kysely ”Kriisityön organisointi, toteutustapa ja laajuus kunnissa 2001” lähetettiin kaikkiin kuntiin tammikuussa 2002. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 378 kuntaa 446:sta. Vastausprosentti oli 85. Vastaukset tulivat melko tasaisesti maan eri alueilta. Jälkimmäinen kysely oli ensimmäisen suppea päivitys, ja se toteutettiin nettikyselynä vuoden 2005 alussa. Siihen ei sisällynyt arviota kriisityön tuloksellisuudesta.

Tutkimuksen perusteella muodostui pääosin hyvin myönteinen kuva kriisityön toimivuudesta. Työ on organisoitu maassa kattavasti. Vuonna 2002 kunnista 92 % ja vuonna 2005 kunnista 89 % oli järjestänyt kriisipalvelut, pääosin niin, että kunnassa toimi oma kriisir ryhmä. Kriisityö on kunnissa pääosin virallista, hallinnollisesti vahvistettua toimintaa, josta vastaavat koulutetut sosiaali- ja terveystoimen ammattihenkilöt yhteistyössä mui-

LIITE 3.

den asiantuntijoiden kanssa. Kriisityö kohdistuu koko väestöön, yhtä lailla lapsiin, nuoriin ja aikuisiin.

Tutkimuksen mukaan kriisityön järjestelmän arvioitiin toimivan hyvin tai erittäin hyvin hieman yli puolessa kunnista. Merkillepantavaa oli, että kaikkein kriittisimmin kriisityön palvelujärjestelmän toimivuutta arvioivat ne vastaajat, jotka olivat itse kriisiryhmien jäseniä. Kokemukset kriisityöstä olivat kunnissa hyvin myönteisiä. Kriisiryhmien työstä asiakkailta saatu palaute oli pääosin myönteistä 91 prosentissa kunnista. Vastanneista kunnista 84 prosenttia arvioi kriisityön tulokselliseksi, niin että työllä oli saatu aikaan ihmisten elämässä ja voinnissa näkyviä tuloksia. Myönteisten tulosten kuvattiin näkyvän muun muassa sairauslomien vähenemisenä, toimintakyvyn ja työelämään paluun nopeutumisena, traumaattisen oireilun helpottumisena ja vakavan jälkioireilun vähenemisenä (PTSD voidaan välttää, depressioita vähemmän).

Tutkimuksessa havaittiin myös puutteita kriisi-interventiojärjestelmän toiminnassa ja toimintaolosuhteissa, ja tulosten perusteella tehtiin näihin liittyvät kehittämisehdotukset. Vaikka kriisityön alueellinen kattavuus kokonaisuudessaan oli hyvä, kriisiryhmien tavoitettavuus ei ollut riittävä kaikissa kunnissa. Vain runsas kolmannes kyselyyn vastanneista kunnista oli järjestänyt kriisipalvelut virka-ajan ulkopuolella vuonna 2002 ja vajaa puolet kunnista vuonna 2005. Myös kriisiryhmien asemassa ja toimintaedellytyksissä ilmeni selviä puutteita, joista räikeimpiä olivat korvausten puuttuminen virka-ajan ylittävstä työstä, säännöllisen työnohjausmahdollisuuden puuttuminen ja henkilöstöresurssien riittämättömyys.

Kriisityön sisältöä koskevia puutteita oli tutkimuksen perusteella kaksi: kriisi-interventiot eivät kattaneet kaikkia traumaattisen kriisin vaiheita kaikissa kunnissa ja debriefing-istuntojen jälkeinen seuranta oli osin puutteellista. Vain alle kolmasosalla kriisiryhmistä vuonna 2002 ja noin puolella ryhmistä vuonna 2005 oli tarjolla välitöntä psykistä ensiapua ensimmäisen vuorokauden aikana traumaattisen tapahtuman jälkeen. Myös jälkipuinnin jälkeistä seurantaa ja jatkohoitoon oh-

jausta tekevien kuntien osuudet olivat laskeneet seuranta-aikana. Noin 40 % debriefing-istunnoista jäi vaille seurantaa vuonna 2002.

Vuoden 2002 kyselyn vastausprosentti oli poikkeuksellisen korkea (85), varsinkin kun kysely lähetettiin kuntien peruspalvelu-, sosiaali- ja terveyslautakunnille ja välitettiin sitä kautta vastaajille. Tulosten voi siten katsoa kuvaavan kriisi-interventiojärjestelmän tilannetta maassa kattavasti. Koska valtaosa (83 %) tutkimuksen vastaajista oli kriisiryhmien jäseniä ja vetäjiä, tutkimuksen kuvaukset ja arviot kriisi-interventiojärjestelmän toimivuudesta ja työn tuloksellisuudesta ovat siten *pääosin työntekijöiden kuvauksia, kokemuksia ja arvioita*. Koska kriisiryhmien jäsenet tuntevat kriisiauttamisen järjestelmän tarkasti, tutkimuksen perusteella saatua kuvaa kriisityön palvelujärjestelmästä ja sen tilanteesta maassa voidaan pitää luotettavana.

Työn tuloksellisuudesta esitettyjen arvioiden (työntekijäarvioiden) luotettavuutta vahvistaa se, että myös ne vastaajat (17 %), jotka eivät itse olleet kriisityöntekijöitä (esimiehet, muut kunnan viranomaiset), antoivat hyvin samansuuntaisia – joskin hieman varovaisempia – arvioita työn tuloksellisuudesta kuin vastaajat, jotka itse olivat kriisityöntekijöitä.

Lyhytkestoisen kriisityön tuloksellisuudesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä

Ollikainen (2009) tutki Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskuksissa toteutettavan lyhytkestoisen kriisityön tuloksellisuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa selvitettiin, mitä muutoksia kriisityön aikana ja sen jälkeen havaitaan asiakkaan psyykkisessä oireilussa, selittävätkö jotkin asiakkaaseen, työntekijään tai yhteistyösuhteen laatuun liittyvät tekijät havaittuja oiremuutoksia ja onko työntekijän kompetenssilla yhteyttä tuloksellisuuteen.

Tutkimus toteutettiin normaalin kriisityön puitteissa. Tutkimushenkilöinä oli 70 *yksilöasiakassuhteissa* vuoden 2006 kevään ja vuoden 2007 tammikuun välisenä aikana ollutta kriisikeskusasiakasta kuudesta Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskuksesta. Kriisikeskuksia on kaikkiaan 17.

LIITE 3.

Osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista. Aineistonkerääjinä toimi 21 aineistonkeruuseen perehdytettyä kriisityöntekijää. Kriisikeskusjohtajille tehdyn pilottikyselyn perusteella tutkimusaineisto vastasi sukupuoli-, ikä- ja tulosityyjakaumaltaan kriisikeskusjohtajien käsitystä tyypillisestä asiakaskunnasta.

Kriisityön tuloksellisuuden mittareina käytettiin oirekyselyitä (BDI-II, BSI-53, IES-22) ja yhteistyösuhteen laatua mittaavaa WAI-R -kyselyä. Mitaukset suoritettiin asiakkuuden alussa, lopussa ja puolen vuoden kuluttua asiakkuuden päättymisestä. Tapaamiset toteutuivat pääosin kerran viikossa. Tyypillisin tapaamiskertojen määrä oli viisi kertaa. Lisäksi asiakkaista ja työntekijöistä kerättiin tietoja tutkimusta varten laadituilla kyselyillä. 59 henkilöä eli 84 % palautti seurantakyselyn, mitä voi pitää tämänkaltaisessa tutkimuksessa erittäin hyvänä palautusprosenttina.

Tulosten perusteella voitiin todeta, että kriisikeskuksissa *yksilökäynteinä* toteutettu kriisityö oli suurimmalle osalle kriisiasiakkaista erittäin tulokellinen auttamismuoto. Kriisityön aikana tapahtui huomattavaa masennusoireiden ja yleisen psyykkisen oireilun laskua. Oireilun lasku koski koko aineistoa sekä ryhmittäistä tarkastelua. Oireilun lasku jatkui seurantajaksoilla, mutta muutos ei ollut merkitsevä. Tulossyn perusteella aineistosta nousi esiin kolme selkeästi toisistaan eroavaa ryhmää. Ryhmät olivat elämäntilannekriisi-, traumaattinen kriisi- ja mielenterveysongelma-ryhmät. Traumaattisen kriisin ryhmällä oireiden lasku oli hitainta. Lasku oli kuitenkin merkitsevää, ja se koski myös IES-kyselyllä (Impact of Event Scale) mitattuja kriisi- ja trauma-oireita.

Koko aineistoa koskevassa tarkastelussa ei havaittu tuloksellisuuteen yhteydessä olevia muutujia, mutta ryhmien välillä havaittiin eroja. Traumaattisen kriisin ryhmällä sekä asiakkaan *terapeuttista allianssia* koskeva arvio että arvio *työntekijän ammattitaidosta* olivat joitakin osin yhteydessä tuloksellisuuteen. Tutkimuksessa todettiin, että traumaattisen kriisin kohdanneet asiakkaat tarvitsevat toipuakseen hyvän yhteistyösuhteen terapeutin kanssa, ja he myös arvioivat jälkikäteen työntekijän merkityksen korkeaksi hyötymisen kannalta.

Noin kymmenen prosenttia asiakkaista ei hyötynyt lyhytkestoisesta kriisiavusta käytetyillä mittareilla arvioituna. Useimmilla heistä tulossynä oli lähisuhdeväkivalta tai seksuaalinen väkivalta. Tutkimuksessa kerättiin myös runsaasti tietoa asiakkaiden kokemuksesta kriisikeskuksessa asiointista ja työntekijöiden käsityksistä omasta työstään. Työntekijöiden kuormittuneisuuden ja tehdyn kriisityön määrän välillä havaittiin voimakas korrelaatio.

Tutkija pohti, miten pitkä seurantajakson tulisi olla, jotta vaikutusten todellinen pysyvyys pystyttäisiin selvittämään. Kuvatussa tutkimuksessa päättyttiin puolen vuoden seurantajaksoon yhtäältä siksi, että kriisikeskuksessa asiakkuudet ovat niin lyhyitä, että pitempi jakso olisi ollut suhteessa siihen liioitellun oloinen ja toisaalta siksi, että kriisityön tuloksellisuuden osalta tutkittiin vain oireiden lievittymistä, ei syvempiä muutoksia joiden kohdalla pidempi seuranta-aika olisi ollut perusteltu.

Tutkimuksen pohdintaosiossa esitetään suosituksia tuloksellisen kriisityön järjestämiseksi tuloksiin perustuen. Tulosten perusteella kriisikeskukseseen tulossyn pohjalta esitetään joitakin ennusteita asiakkaiden toipumisesta. Traumaattisen kriisin kohdanneet toipuivat tulosten mukaan hitaimmin, ja siksi heidän kriisiapunsa suunnittelussa kannattaa tutkijan mukaan kiinnittää erityistä huomiota ajallisiin resursseihin. Tulosten perusteella traumaattisen kriisin kohdanneet tarvitsevat hyvälaatuisen allianssisuhteen toipuakseen. Myös traumaasiakkaan käsityksellä työntekijän ammattitaidosta on merkitystä.

Tutkimuksessa lähisuhdeväkivaltaa tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneet hyötyivät kaikkein vähiten lyhytkestoisesta kriisiavusta. Heidän kohdallaan kannattaa tutkijan mukaan harkita jo varhaisessa vaiheessa, onko kriisikeskuksella tarjota riittävää osaamista ja käyntimäärää asiakkaalle. Jos ei ole, suositellaan näiden asiakkaiden ohjaamista muualle, kuten erikoissairaanhoidon palveluihin ja/tai psykoterapiaan.

Vaikka koulutustaso ei ollut merkitsevästi yhteydessä tuloksellisuuteen, tutkimuksen aineistonkerääjät olivat keskimäärin korkeasti koulutettuja, tyypillisimmän koulutuksen ollessa psykologi.

LIITE 3.

Työntekijät itse pitivät koulutusta ensisijaisena tekijänä osaamisensa kannalta. Tutkimuksen perusteella suositellaan, että sekä rekrytoinnissa että lisäkoulutuksen osalta pidetään huolta henkilökunnan koulutustasosta sekä ohjataan asiakkaita haastavuuden mukaan eri koulutus- ja kokemustason työntekijöille.

Tutkimuksessa työntekijöiden itse raportoima kuormittuneisuus oli erittäin voimakkaasti yhteydessä tehdyn asiakastyön määrään. Työntekijöiden suoraa kriisityötä suositellaan sen tähden rajattavaksi työpaikka- ja yksilökohtaisilla suuntaviivoilla.

Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan myös, että kaikkien kriisityöntekijöiden kaikissa asiakassuhteissa on suositeltavaa kiinnittää huomiota hyvän allianssisuhteen kehittymiseen. Työntekijän ja asiakkaan on hyvä pyrkiä yhteiseen käsitykseen tehtävistä ja tavoitteista, ja työntekijän tärkeänä tehtävänä on pyrkiä luomaan turvallinen ja toimiva yhteistyösuhde. Asiakkaan voinnin jatkuva seuranta on myös suositeltavaa. Tutkimuksen pohdintaosassa otetaan esiin Lambertin (2008) esittämä näkemys, jonka mukaan avain tulokselliseen työhön julkisissa palveluissa on jatkuva asiakkaan voinnin systemaattinen seuranta ja toiminnan muuttaminen tilanteissa, joissa asiakas ei näytä hyötyvän avusta. Tähän viitaten kysytään, miten seurantaa voitaisiin kehittää kriisityön puitteissa.

Tutkimus antaa kiinnostavaa ja tärkeää uutta tietoa yksilöllisesti toteutetun kriisityön tuloksellisuudesta kriisikeskuksissa. Traumaattisen kriisin kohdanneiden osalta tutkimuksessa nousee esiin kolme työn tuloksellisuuteen yhteydessä olevaa seikkaa: kriisiavun riittävät ajalliset resurssit, hyvän yhteistyösuhteen merkitys ja työntekijän ammattitaito. Hyvän ammattitaidon merkitys on toki noussut esiin myös ryhmämuotoisen akuutin kriisityön yhteydessä.

Tutkimuksen aineisto on kaiken kaikkiaan melko pieni, erityisesti siinä erottuvia ryhmiä ajatellen. Esimerkiksi traumaattinen kriisi oli tulossyynä 23 tutkimukseen osallistuneella asiakkaalla. Kysymyksiä herättää myös kahden kriisikeskuksen painottuminen aineistossa niin, että lähes 2/3

koko aineistosta muodostuu niiden asiakkaista (kriisikeskuksia on kaikkiaan 17 ja tutkimukseen valittuja keskuksia 6). Tutkimuksesta ei käy ilmi, mistä tämä johtuu eikä siinä myöskään pohdita asian mahdollisia vaikutuksia tuloksiin ja niiden yleistettävyyteen. Aineisto on myös sukupuoli-jakaumaltaan hyvin vinoutunut: naisia on 62 ja miehiä 8. Vaikka sukupuolella ei ollut yhteyttä kriisityön tuloksellisuuteen, olisi silti kaivannut pohdintaa sen merkityksestä tulosten kannalta, kun aineistosta 80 % on naisia. Kun tutkimuksessa ei tutkita ryhmämuotoista kriisityötä, se ei siltä osin tuo lisävalaistusta kriisityön tuloksellisuutta koskevaan keskusteluun. Tutkimustulokset on silti tärkeää pitää mielessä ja ottaa soveltuvilta osin huomioon myös ryhmämuotoisen kriisityön yhteydessä.

LOPUKSI

Suomalainen kriisi- ja traumailmiöitä koskeva arviointi- ja tutkimustieto on siis toistaiseksi vielä niukkaa. Tutkimuksia on vähän ja niiden aineistot ovat pääosin pieniä. Erityisesti akuutin kriisityön osalta tutkimusasetelmat herättävät kysymyksiä. Kriisipsykologien piirissä satunnaistettuja kontrolloituja ryhmävertailuja ei pidetä eettisesti perusteltuina äkillisen järkyttävän tapahtuman kokeneisiin kohdistuneiden interventioiden tutkimisessa eikä niiden muutenkaan katsota tavoittavan riittävästi psykologisen sopeutumisprosessin ja akuutin kriisityön luonnetta ja vaikutuksia.

Arviointitieto, jota suomalaisesta akuutista kriisityöstä on tähän mennessä kertynyt niin kliinisisä yhteyksissä kuin varsinaisissa tutkimuksissa on kuitenkin kriisityön kannalta myönteistä. Kertyneen tiedon perusteella kriisi-interventioista ei ole ollut haittaa niihin osallistuneille, ja työstä saatu palaute on pääosin hyvin myönteistä. Arviointitiedon perusteella kriisi-interventiot näyttävät edistävän psyykkistä sopeutumista ja järkyttävästä tapahtumasta toipumista. Asiakkailta saatu tieto tukee myös sitä kriisityön ammattilaisten näkemystä, että palveluja tulee tarjota aktiivisesti järkevään tapahtumiin osallisille.

LIITE 3.

Lisää tutkimustietoa nimenomaan suomalaisen akuutin kriisityön käytännön vaikutuksista tarvitaan. Tutkimustoiminnan kehittämiseksi tässä asettuva haaste liittyy erityisesti tutkimusmenetelmiin ja -asetelmiin. Miten ja millaisilla tutkimusasetelmilla akuutin ryhmäinterventi-

oihin perustuvan kriisityön toimivuutta, vaikutuksia ja vaikuttavuutta tulisi tutkia, että kaikki työn todelliset vaikutukset saataisiin esiin ja tutkimusasetelmat samalla täyttäisivät myös eettiset vaatimukset?

Lähteet

- Dyregrov, A. (1996). Paper presented at the First European Conference on Traumatic Stress in Emergency Services, Peacekeeping Operations and Humanitarian Organisations. Sheffield, UK, 17–20.03.1996.
- Eränen, L. Paavola, J. ja Kajanne, A. (1999). Psykologinen jälki-puinti ja traumaattisten muistojen jäsentyminen kertomuksiksi. *Suomen Lääkärilehti*, 54, 763–769.
- Fröberg, L. (2005). *En evalueringsstudie av psykologisk debriefing*. Pro gradu -avhandling, Åbo Akademi, Vasa.
- Halinen, M. (2006). Henkilökohtainen tiedonanto.
- Harjajärvi, M., Kiikkala, I. & Pirkola, S. (2007). Puolitoista vuotta tsunamin jälkeen. Aasian luonnonkatastrofin seuraamusten psykososiaalinen hoito Suomessa. *Työpapereita* 7, Stakes.
- Hynninen, T. & Upanne, M. (2006). Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. *Raportteja* 2, Stakes.
- Hyvä käytäntö – perusajattelu ja kuvauksen rakentuminen (2009). Hyvät käytännöt, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kumpulainen, R. (2006). Konginkankaan suuronnettomuus. Täpaustutkimus psykososiaalisten tukipalvelujen toimivuudesta. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 50, Kansaneläkelaitos.
- Lambert, M. D. (2008). Monitoring patient treatment response: An evidence-based practice. Esitys Psykoterapiatutkimuksen päivillä, 14.–15.2.2008, Jyväskylä.
- Lankinen, S. ym. (2006). Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatöryhmän raportti. *Selvityksiä* 81, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lönnqvist, J. (2006). Henkilökohtainen tiedonanto.
- Nurmi, L. (1999). The sinking of the Estonia: The effects of critical incident stress debriefing (CISD) on rescuers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 23–31.
- Ollikainen, T. (2009). Tuloksellinen kriisityö. Valtakunnallisen tutkimushankkeen esittely ja tuloksellisen kriisikeskustöy periaatteet *Avustustoiminnan julkaisuja* 22, Raha-automaattiyhdistys.
- Poijula, S., Wahlberg, K-E & Dyregrov, A. (2001). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 163–168.
- Poijula S., Dyregrov A., Wahlberg K-E, Jokelainen J. (2001). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 97–106.
- Poijula, S. (2004). Myrmanin räjähdys – uhrien ja omaisten psyykinen selviytyminen ja hoidon merkitys. *Monisteita* 13, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saari, S. (toim.). (2006). Ammatillisesti johdettu vertaistuki ja tsunamin psyykkisistä seurauksista selviäminen. *Suomen Punaisen Ristin psykologinen vertaistukitoiminta menehtyneiden omaisille*. Väliaraportti, Helsinki: Suomen Punainen Risti.

Suomen psykologiliitto ja Suomen psykologinen seura perustivat vuonna 2007 Psykologian tieteellisen neuvottelukunnan. Neuvottelukunta yhdistää kokemukseen perustuvia psykologian hyviä käytänteitä parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön ja muotoilee niistä näyttöä hyödyntäviä suosituksia, joista ensimmäinen on nyt julkaistu tässä lehdessä. Parhaillaan neuvottelukunta työstää suosituksia koulupsykologin käytännöistä, aikuisten mielenterveydestä, neuropsykologisesta kuntoutuksesta ja psykologin toiminnasta lasten huoltajuuskiistoissa. Lisää tietoa Psykologian tieteellisen neuvottelukunnan toiminnasta löytyy osoitteesta www.psykologi.fi

Valokuvaterapia: kuva tienä tunteisiin ja muistoihin



Valokuvaterapialla tarkoitetaan sekä ammatillista psykoterapeuttista sovellusta että toisaalta itseohjautuvaa taiteellista ilmaisua. Sitä on käytetty psykoterapeuttisissa viitekehyksissä 1970-luvulta, ja Suomeen se rantautui 1980-luvulla. Psykoterapeuttisessa työssä valokuvaa käytetään keinona aktivoida ja työstää asiakkaan tunteita, ajatuksia ja kokemuksia, joihin se voi mahdollistaa sanoja suuremman väylän ja nopeuttaa myös terapiaprosessia. Esimerkkejä uudemmista lähestymistavoista valokuvaan ihmissuhdetyössä ovat Cristina Nunezin omavalokuvametodi ja Suomessa Miina Savolaisen voimauttava valokuvaaminen. Viimeisin valokuvaterapian kansainvälinen symposium pidettiin Turussa 2008.

MITÄ VALOKUVATERAPIA ON?

Judy Weiser (1999) jakaa valokuvaterapian kahteen tasoon, ammatilliseen terapiatyöhön (*PhotoTherapy*) ja terapeuttiseen valokuvaukseen (*Therapeutic Photography*). Edellinen on tunteiden, ajatusten ja kokemusten aktivointia ja prosessointia terapeutin ohjauksessa ja hoidossa valokuvan keinoin. Jälkimmäinen puolestaan on vapaamuotoisempaa, itseohjautuvaa ja virallisen terapiatoiminnan piiriin kuulumatonta itsetutkiskelua ja taiteellista ilmaisua.

Valokuvaterapia ei muodosta itsenäistä hoitomuotoa tai teoriasuuntausta, vaan sitä voidaan

soveltaa psykoterapeuttisessa viitekehyksessä lähestymistavasta riippumatta. Laillistettu psykoterapeutti voi siis käyttää valokuvaa vaikkapa osana kognitiivista tai psykodynaamista psykoterapiaa.

HISTORIAA

Ajatus valokuvan mahdollisuuksista ihmissuhdetyössä virisi 1970-luvulla. Valokuvasta kiinnostuivat erityisesti psykologit ja taideterapeutit, jotka vähitellen muodostivat Yhdysvalloissa ja Kanadasa noin parinsadan ihmisen verkoston. Vuonna 1977 perustettiin valokuvaterapiaan keskittynyt

tiedotuslehti *Photo Therapy Quarterly Newsletter*, ja 1979 pidettiin Illinoisissa ensimmäinen kansainvälinen symposium. Viimeisin järjestettiin Suomen Turussa vuonna 2008. Valokuvaterapian pioneereihin kuuluvat psykologit Judy Weiser ja David Krauss sekä psykiatri, valokuvaaja Joel Walker, jotka edelleen käyttävät valokuvaterapiaa aktiivisesti työssään. Myös brittivalokuvaajat Jo Spence ja Rosy Martin ryhtyivät 1980-luvun alussa tarkastelemaan perhealbumikuvia analyttisesti. Työssään he kiinnostuivat terapeuttisesta näkökulmasta, ja kehittivät itsetutkiskeluun soveltuvia menetelmiä kuten perhealbumien uudelleenkuvausta ja koulutautuivat myös itse terapeuttiseen työhön.

Suomeen valokuvaterapia rantautui 1980-luvun alussa. Perhealbumikuvista ja niiden käytöstä taiteessa kiinnostuivat muiden muassa valokuvataiteilijat Armi Laukia ja Raakel Kuukka. Varsinaisesti valokuvaterapian Suomeen toi psykologi Lauri Mannermaa. Menetelmän tärkeimpiin kehittäjiin tällä hetkellä Suomessa kuuluvat psykoterapeutit Ulla Halkola, Tarja Koffert ja Pirkko Pehunen.

VALOKUVAN TERAPEUTTISIA MAHDOLLISUUKSIA

Valokuvaterapia elää tällä hetkellä murrosvaihetta, jossa uudenlaisia lähestymistapoja ja suuntauksia kehitetään jatkuvasti. Suomessa valokuvaaja ja taidekasvattaja Miina Savolainen on kehittänyt laajalti huomiota saanutta voimauttavan valokuvan menetelmää. Metodissa kyseenalaistetaan valokuvaajan perinteinen valta suhteessa kuvattavaan. Savolaisen menetelmässä kuvaaminen tapahtuu kuvaajan ja kuvattavan välisessä tasa-arvoisessa, arvostavassa dialogissa. Kohteella on valta määrittellä, missä, miten ja millaisin painotuksin hän tulee kuvatuksi. Kuva voi toimia myös voimauttavana objektina, jossa henkilö tulee taltioituksi juuri toivomallaan tavalla. Voimauttavassa valokuvassa olennaista tasapuolisen valta-asetelman lisäksi on myös hyväksyvän katseen olemassaolo: tavoitteena on, että kohde kokee tulleen kuvatuksi niin, että hän tuntee olevansa riittävä juuri omanlaisena persoonanaan.

Toisenlaista kuvaustapaa edustaa italialainen valokuvaaja Cristina Nunez. Nunezin omavalokuvametodissa kuvattava asettuu yksin kameran

eteen, kaukolaukaisin kädessään. Kuvaustilanteessa henkilö valitsee itselleen henkilökohtaisen tunteen, vaikkapa epätoivon. Kyseisen tunteen vallassa hän ottaa itsestään kuvia, joista myöhemmin valitaan yhteistyössä terapeutin kanssa muutama kuva, jotka asiakas kokee koskettaviksi. Valokuvien herättämiä assosiaatioita, muistoja ja tunteita puretaan ryhmässä. Tavoitteena on tunteiden ja kokemusten tunnistaminen ja jakaminen sosiaalisessa kontekstissa, jolloin asiakas voi saada tunteilleen myös ryhmän tuen.

Kuvia voidaan ottamisen sijasta myös ainoastaan katsoa ja tarkastella osana psykoterapiaa. Usein kuva saattaa nostaa esiin muistoja ja tunteita kokemuksista, jotka voivat sijoittua kauaskin menneisyyteen. Tässä piilee yksi valokuvan merkittävistä mahdollisuuksista. Valokuvan kaltainen koskettava, visuaalinen ärsyke voi nopeuttaa terapiaprosessia, sillä kuva voi parhaimmillaan tarjota väylän muistoihin ja tunteisiin sanoja nopeammin. Lisäksi osa vaikeista kokemuksista ja tunteista voi olla vaikeasti sanallistettavissa, minkä vuoksi kuva voi tarjota niihin sanoja selkeämmän väylän. Asiakastyössä työntekijän tuleekin olla tietoinen kuvaan usein liittyvästä tunnelatauksesta ja oltava valmis kohtaamaan ja auttamaan asiakasta työtämään esiin nousevia tunteita.

TURUN VALOKUVAKONFERENSSI

Vuoden 2008 kansainväliseen valokuvakonferenssiin kesäkuussa Turussa ilmoittautui mukaan yli 200 osallistujaa yli 20 maasta. Tapahtuma oli Euroopan ensimmäinen kansainvälinen konferenssi ja koko maailman mittaluokassa kolmas symposium. Konferenssiin kuului myös valokuvanäyttelyjä eri puolilla Turkua.

Judy Weiser tarkasteli luennollaan sitä, miten valokuvat rakentavat merkityksiä ja esittävät tunteita. Valokuvaaja Rosy Martin puolestaan tarkasteli omavalokuvaa ja terapeuttisen katseen merkitystä. Osanottajia pyydettiin tuomaan mukanaan itselleen merkityksellisiä valokuvia omista perhealbumeistaan. Kun valokuvia ja niiden herättämiä muistoja ja tunteita käytiin ryhmässä läpi, havainnollistui hyvin, kuinka ristiriitaisiakin merkityksiä ja tulkintoja kuvat saattavat osanottajissa herättää.

Italialainen psykologi Carmine Parrella tarkasteli valokuvaa multimedian aikakaudella ja sitä, miten terapiassa on mahdollista soveltaa digitaalista tarinankerrontaa. Parrella antoi osanottajan avustuksella havainnollisen esimerkin siitä, miten modernia digitaalista tietokoneympäristöä eri ohjelmineen voidaan käyttää hyväksi yhdistettäessä ääntä, liikkuvaa kuvaa ja valokuvaa yhdeksi toimivaksi kokonaisuudeksi.

Brittiläinen taideterapeutti ja valokuvaaja Mark Wheeler pohti luennossaan valokuvaamisen, kuviin katsomisen ja niistä puhumisen teemaa painottaen psykologista estetiikkaa. Amerikkalainen psykologi ja valokuvaaja David Krauss esitteli, miten valokuvaa voidaan käyttää ikääntyneiden ihmisten parissa. Toisenlaista lähestymistapaa edusti taas psykiatrian professori ja psykoterapeutti Hasse Karlsson Turun yliopistosta. Hän esitteli aivojen kuvantamismenetelmien avulla sitä, miten kuvat vaikuttavat tunteisiimme ja millaisia emootioita

tietynlaiset kuvat herättävät meissä. Ehkä joskus tulevaisuudessa kuvantamismenetelmät voivat auttaa pohtimaan, miten tehdä yhä parempaa terapiaa.

Erityisen onnistuneena konferenssissa pidin sitä, että valokuvaa lähestyttiin päivien aikana hyvin eri lähtökohdista käsin. Edustettuina olivat niin psykologiset, psykoterapeuttiset kuin kulttuurihistorialliset ja taidepainotteiset tarkastelutavat, jotka täydensivät hyvin toisiaan. Valokuvaaja ja taiteen tohtori Seija Ulkuniemi esitteli kiinnostavasti perhevalokuvaamisen historiaa ja niitä lainalaisuuksia, joiden alaisena se on muuttunut vuosien varrella. Vallitseva kulttuuri muokkaa voimakkaasti niin tapaamme valokuvata kuin myös tarkastella jo otettuja valokuvia. Vastapainoksi kansainvälisesti tunnustettu valokuvataiteilija Elina Brotherus esitteli omaa työtään ja sitä, miten hän on kuvamalla painottanut omaa persoonaansa eri tavoin eri projekteissa.

KIRJALLISUUTTA

- Barthes, R. (1985). *Valoisa huone (La chambre claire)*, Kansankulttuuri.
- Krauss, D. (1983). *Phototherapy in Mental Health*. Charles C. Thomas Publisher.
- Spence, J. (1991). *Family Snaps, The Meaning of Domestic Photography*. Virago Press.
- Spence, J. (1995). *Cultural Sniping, The Art of Transgression*. Routledge.
- Weiser, J. (1999). *PhotoTherapy Techniques - Exploring the Secrets of Personal Snapshots and Albums*. Phototherapy Centre.
- Special Issue: Phototherapy and Therapeutic Phototherapy (2009). *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 11, 1–120.
- Savolainen, M. (2008). *Maailman ihanin tyttö*. Blink Entertainment.
- Halkola, U., Mannermaa, L., Koffert T. & Koulu, L. (toim.) (2009). *Valokuvan terapeuttinen voima*. Duodecim, Keuruu.
- Suomen valokuvaterapiayhdistys: <http://www.valokuvaterapia-yhdistys.net>.