

Tuloksellinen kriisityö

Valtakunnallisen tutkimushankkeen esittely ja tuloksellisen kriisikeskustöön periaatteet



Tuloksellinen kriisityö

Valtakunnallisen tutkimushankkeen esittely ja tuloksellisen kriisikeskustuksen periaatteet

Ulkoasu: Dynamo

Yliopistopaino
Helsinki 2009

ISBN 978-952-5504-14-9

Sisällys

Esipuhe ja kiitokset	6
I Suomen mielenterveysseuran kriisikeskusverkosto.....	9
II Valtakunnallinen kriisityön tuloksellisuustutkimus	
1 Johdanto	12
1.1 Vuorovaikutuksellisen auttamistyön tutkimus	12
1.2 Psykkisten kriisien yleisyys, ennuste ja toipuminen ilman ammattiapua..	13
1.3 Kriisityön tuloksellisuus	14
1.4 Tuloksellisuustutkimuksen nykytavoitteet	15
1.5 Allianssisuhteen laatu tuloksellisuuden ennustajana	15
1.6 Työntekijän kompetenssin yhteys tuloksellisuuteen	16
1.7 Tämän tutkimushankkeen tavoite	17
1.7.1 Järjestösektorin kriisityön tuloksellisuuden tutkimus	17
1.7.2 Esikuvat ja ohjaajat.....	18
1.7.3 Tutkimuskysymykset	19
2 Hankkeen kulku	20
3 Menetelmät	21
3.1 Kriisikeskukset, aineistonkerääjät ja tutkimushenkilöt	21
3.1.1 Aineistonkerääjät.....	21
3.1.2 Tutkimushenkilöt.....	21
3.2 Tutkimuksessa käytetyt kyselyt	22
3.3 Aineistonkeruuprosessi.....	23
3.4 Aineiston käsittely	23
4 Tulokset	25
4.1 Jakaumat ja aineistoa kuvailevat tulokset.....	25
4.1.1 Kriisikeskukset.....	25
4.1.2 Tutkimushenkilöt.....	25
4.2 Tulokset	26
4.3 Kriisikeskuksen keskivertoasiakas.....	27
4.4 Oireet ja oireilun muutos kriisityön aikana ja puolen vuoden seurannassa koko aineistolla.....	28
4.4.1 Itsetuhoisten ajatusten muutos.....	30
4.5 Oireet ja oireilun muutos ryhmittäin tarkasteltuna.....	30
4.5.1 Itsetuhoisuuden muutos ryhmittäin.....	30
4.5.2 Traumaoireiden muutos.....	30
4.6 Allianssi ja tuloksellisuus	31

4.7 Asiakkaaseen liittyvien yleisten tekijöiden yhteys tuloksellisuuteen	32
4.8 Asiakaspalaute ja sen yhteys tuloksellisuuteen	32
4.9 Asiakkaiden arviot työntekijöiden ammattitaidosta	33
4.9.1 Ammattitaitoarvioiden yhteydet allianssiarvioihin	33
4.9.2 Asiakastyytyväisyyden ja itsearvioidun oireilun muutoksen väliset yhteydet	33
4.9.3 Arvio työntekijän ammattitaidosta ja sen yhteys tuloksellisuuteen ...	34
4.10 Työntekijöiden itsearviot	34
4.10.1 Työntekijöiden kuormittuneisuutta selittävät tekijät	35
4.10.2 Työntekijöiden itsearvioiden ja asiakkaiden arvioiden väliset yhteydet	35
4.10.3 Työntekijöihin liittyvien tekijöiden yhteys tuloksellisuuteen	35
4.11 Asiakkaat, jotka eivät hyötäneet kriisiavusta	35
5 Pohdinta	37
5.1 Oireiden muutokset	37
5.2 Allianssi	38
5.2.1 Allianssin ja tuloksellisuuden yhteydet	38
5.2.2 Allianssiarvioiden käyttäminen työvälineenä	39
5.3 Asiakkaiden arviot työntekijän ammattitaidosta	40
5.3.1 Ammattitaitoarvioiden yhteys tuloksellisuuteen	40
5.4 Asiakastyytyväisyys ja tuloksellisuus	41
5.5 Työntekijöiden väliset tuloksellisuuserot	41
5.6 Asiakkaat, jotka eivät hyötäneet kriisiavusta	41
5.7 Seurantajakson edut ja ongelmat	42
5.8 Spontaanin paranemisen osuus	42
5.9 Käytettyjen mittareiden luotettavuus	43
5.10 Suositukset kriisikeskuksille tulosten perusteella	44
5.11 Jatkotutkimuksen aiheita	45
III Kriisien psykologiaa - pyrkimys integraatioon	
1 Kriisityön peruskysymykset	49
1.1 Jako kahteen	49
1.1.1 Lyhytkestoisesta avusta hyötävät	49
1.1.2 Syvällisempää työskentelyä tarvitsevat	50
1.2 Tärkeintä fokusoida kriisiin	51

2 Kriisin syntyminen	52
2.1 Mikä on kriisi?	52
2.2 Kriisi syntyy mielessä.....	53
2.2.1 <i>Todellinen kriisi ja sisäinen kriisi</i>	53
2.2.2 <i>Regressioprofiili eli paluu varhaisiin tunnekokemuksiin</i>	53
2.2.3 <i>Kriisi palauttaa menneisyyteen</i>	55
2.2.4 <i>Kriisiasiakas haluaa mieltä mielettömyyteen</i>	55
2.3 Kehityskriiseihin palaaminen	56
2.4 Psykkiset puolustusreaktiot kriisissä	56
2.5 Kriisin ylideterminoituminen	57
2.6 Muut yksilölliset psykologiset tekijät kriisistä selviytymisessä.....	58
2.7 Miksi kriisitilannetta ei voi unohtaa?	58
2.8 Psykkisen kriisin neuropsykologiset ja fysiologiset vaikutukset ja muistin toiminta.....	59
3 Kriisin vaikutukset toimintakykyyn: suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden malli	62
3.1 Haavoittuvuus-stressimalli	62
3.2 Suojaavat tekijät, riskitekijät ja selviytymiskykyisyys	62
3.3 Suojaavat tekijät ja riskitekijät kriisireaktioiden synnyssä	63
3.4 Psykkisen kriisin vakavuus, kesto ja vaikutukset toimintakykyyn: suojaavat ja riskitekijät.....	64
4 Kriisistä selviytyminen prosessina: vaihemalli ja kriisityöntekijän tehtävät	67
4.1 Psykkisen kriisin vaiheet	67
4.2 Miten kriisityöntekijä voi auttaa eri vaiheissa?	68
4.3 Mitä kriisityötä tekevältä edellytetään?	69
4.3.1 <i>Koulutuksen tärkeys</i>	70
4.3.2 <i>Pidempää terapiaa?</i>	71
4.3.3 <i>Perusvaatimukset työntekijälle</i>	71
4.3.4 <i>Manualisoitu kriisiterapia</i>	72
4.3.5 <i>Tietoinen joustavuus kannattaa</i>	73
4.4 Työntekijän peukalosäännöt	74
IV Kriisikeskuksen päivä	78
Tiivistelmä	82
Lähteet	84
LIITTEET	91

Esipuhe ja kiitokset

Motivaationi tämän tutkimushankkeen toteuttamiseen lähti halusta selvittää, mikälaista hyötyä kriisiavusta on kriisikeskusasiakkaille ja onko tämä vaikutus tieteellisesti todennettavissa. Alun perin vaatimattomaksi kaavailtu tutkimushanke herätti runsaasti kiinnostusta Suomen Mielenterveysseuran (SMS) organisaatiossa, ja jo ennen varsinaista käynnistymistään se oli kasvanut valtakunnalliseksi projektiksi, jossa suurimmat kriisikeskukset olivat mukana.

Suunnitteluvaiheen aikana kysymyksenasettelu tarkentui ja mukaan tuli kysymyksiä, jotka laajensivat tutkimuksen aihealuetta. Kysymyksenä ei enää ollut pelkästään: *”onko kriisikeskustyöstä jotain todennettavaa hyötyä”* vaan myös: *”jos on, mihin vaikutus perustuu?”* ja edelleen: *”miten kriisityötä kannattaa tehdä?”*

Tutkimusraporttia laatiessani ajattelin, miten todennäköistä on, että kun olennaiset tulokset on kopioitu esityksiin ja toimintasuunnitelmiin, raportti päättyy hyvin pikaisesti kriisikeskusten hyllyihin pölyttymään. Koska en pitänyt ajatuksesta ja halusin edesauttaa kerätyn tiedon niveltymistä kriisityön käytäntöön, tehtiin tähän julkaisuun muutamia lisäyksiä, jotka toivottavasti tekevät sen hitusen kiinnostavammaksi lukijalle ja tuovat sen lähemmäksi kriisityön arkea.

- SMS:n järjestöjohtaja Sinikka Kaakkuriniemi kirjoitti luvun kriisikeskusverkoston historiasta. Tämä tuntui tärkeältä siksi, että se auttaa ymmärtämään, miten todella keskeinen rooli Suomen Mielenterveysseuralla on ollut suomalaisen kriisityön toteuttamisessa ja kehittämisessä. Lisäksi ajatuksena oli, että tutkimukseen tutustuvat saisivat paremmin kiinni tarinasta, jonka osia kriisikeskukset ja niiden asiakkaat ovat.
- Turun kriisikeskuksen toiminnanjohtaja Roope Kankaanranta kirjoitti luvun kriisikeskuksen tyypillisestä päivästä. Lukija saa tästä elävästä kuvauksesta käsityksen kriisikeskuksen hektisestä arjesta ja kriisikeskustyön monimuotoisuudesta.
- Painotin tutkimusraportin pohdintaosiossa käytettävyyden näkökulmaa. Pohdintaosio sisältää tutkimuksen tuloksiin ja alan kirjallisuuteen pohjautuen suosituksia tuloksellisen kriisityön järjestämiseksi.
- Kirjoitin tutkimusraportin kylkiäiseksi luvun ”Kriisien psykologiaa – pyrkimys integraatioon” yrittäen sen kautta yhdistää psyykkisiin kriiseihin liittyvää teoreettista ja tutkimustietoa käytännön kokemuksiin ja muodostaa niiden pohjalta käyttökelpoisia ohjeita kriisityötä tekeville.

Käytettävyyden ehdoilla tehdyssä raportissa on väistämättä jossain määrin tyyli- listä hajanaisuutta. Itse tutkimusraporttiosio on kirjoitettu lähes sellaisenaan li- sensiaatintyöksi, eikä siinä ole paljoa lipsuttu akateemisesta standardista. Muissa osioissa kirjoittajat ovat toimineet vapaammin.

Tutkimus on syntynyt normaalin kriisityön ja mielenterveysasiakastyön ohessa, ammatillisena jatkotutkintona. Tämä ei ole RAY:n tilaustyö vaan tieteellinen lop- putyö, joka on toteutettu kriittisen tutkijan asenteella maamme kärkipään asian- tuntijoiden ohjauksessa. Alkuperäisessä hanketta koskevassa tutkijan ja SMS:n välisessä sopimuksessa sovittiin, että tutkimus julkaistaan SMS:n julkaisusarjas- sa. Tutkimusten tulosten valmistuttua RAY tarjoutui julkaisemaan raportin omas- sa julkaisusarjassaan, mikä onkin sopivaa, koska SMS:n ammatillinen kriisityö tapahtuu pääasiassa RAY:n rahoituksella.

On mahdotonta kiittää tässä yhteydessä kaikkia niitä toistasataa ihmistä, jotka ovat edistäneet tutkimuksen valmistumista. Kuitenkin muutamia henkilöitä ja ta- hoja on pakko nostaa esille.

Suomen Mielenterveysseuran järjestöjohtaja Sinikka Kaakkuriniemi on liikkeelle- panevana syypää siihen, että tätä tutkimusta ei toteutettu pienenä pilottihankkeen- na Turun kriisikeskuksessa vaan se kasvoi valtakunnalliseksi ja siten aika merkit- täväksikin tutkimukseksi. Sinikka on ollut aktiivisesti apuna koko prosessin ajan ja auttanut useassa käänteessä. Tässä raportissa on Sinikan laatima luku SMS:n kriisikeskusverkostosta. Kiitos Sinikka. Kiitos myös SMS:n entiselle ja nykyiselle toiminnanjohtajalle Pirkko Lahdelle ja Marita Ruohoselle tuesta ja resursoinnista.

Turun kriisikeskus ja Lounais-Suomen Mielenterveysseura suhtautuivat hank- keeseen alusta lähtien myönteisesti ja antoivat sen toteuttamiseen korvaamatto- man apunsa ja työn järjestelyihin liittyvät resurssit. Erityisesti haluan kiittää kriisi- keskuksen toiminnanjohtaja Roope Kankaanrantaa ja silloista työpariani, psyko- logi Elina Haasjokea. Roopen kirjoittama luku kriisikeskuksen keskivertopäivästä löytyy julkaisun lopusta.

RAY tukee SMS:n kriisikeskuksia jatkuvilla ja projektimuotoisilla avustuksilla. Tämän tutkimuksen tekemiseen osallistuneiden ihmisten työ on ollut mahdollista ensisijaisesti RAY:n avustuksen turvin, joten tästä elintärkeästä tuesta: kiitos RAY ja suomalaiset RAY:n palvelujen käyttäjät.

Tutkimuksen ohjaaja, PsT Juhani Tiuraniemi auttoi erityisen paljon tutkimuksen alkuvaiheessa ja suunnittelussa. Prosessin puolivälissä mukaan tullut toinen oh- jaaja, professori Karl-Erik Wahlberg, on opastanut mm. julkaisemiseen liittyvissä seikoissa.

Ystäväni PsT Lauri Nummenmaa ja PsM Risto Valjakka antoivat useaan ottee- seen korvaamattoman ohjauksensa tilastoanalyysiin ja tutkimuksen tieteelli-

seen suunnitteluun sekä tutkimuksen käytännön ja teoriapuolen suunnitteluun ja diskutointiin. Riston lisäksi myös muut psykoterapian erikoispsykologikoulutuksen 07-vuosikurssin opiskelijat ja kouluttajat ovat osallistuneet tutkimussuunnitelmien ym. edistämiseen.

Helsingin psykoterapiaprojektin henkilökunta on antanut ammatillista tukea mm. aineistonkeruuseen liittyvissä kysymyksissä. Haluan erityisesti kiittää tutkimuspäällikkö, PsL Olavi Lindforsia hänen tuestaan ja ohjeistaan.

Nöyrimmät kiitokseni kaikille niille kriisikeskusjohtajille ja kriisityöntekijöille, jotka auttoivat aineiston keräämisessä aineistonkerääjinä, kyselijöinä ja kommentoijina. Erityisesti haluan kiittää Kuopion kriisikeskuksen henkilökuntaa. Kriisityöntekijöistä hyvin merkittävän panoksen aineistonkeruuseen antoivat Sirkka Viitala (Oulu), Tuula Rantala (Helsinki), Katja Leino (Kuopio) ja Eila Kersalo (Kuopio).

Suurkiitos Katrille tukemisesta, kiinnostuksesta ja kärsivällisyydestä kuluneiden neljän (viiden) vuoden aikana. Kiitos perheilleni kannustuksesta.

Turussa, lokakuussa 2009

Teemu Ollikainen
Psykologi
Raision mielenterveysyksikön johtaja

I Suomen mielenterveysseuran kriisikeskusverkosto

Sinikka Kaakkuriniemi

1 Kriisikeskusten synty ja historia

Suomen Mielenterveysseura on alusta asti pyrkinyt toiminnassaan vastaamaan yhteiskunnassa syntyneeseen hätään tai muutoksiin. Tästä lähtökohdasta sai alkunsa myös kriisityö.

Keväällä 1967 käynnistettiin itsemurhien ehkäisyä suunnittelevan toimikunnan työ. Toimikunnan parin vuoden työskentelyn tuloksena saatiin valmis ehdotus Helsinkiin perustettavasta Itsemurhien ehkäisykeskuksesta. Huhtikuussa 1970 SOS-palvelu, Itsemurhien ehkäisykeskus, aloitti toimintansa. Varsinaisen kriisityön ohella sen toimintaan kuului alusta alkaen koulutus-, tiedotus- ja tutkimustyö. Alan ainoana palvelukeskuksena maassamme SOS-palvelulle kuului myös valtakunnallinen koulutusvastuu itsemurhien ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä.

Kahdeksankymmentäluvun lopussa Mielenterveysseurassa ryhdyttiin laajentamaan uudenlaisia avohuollon palveluita, jotka toimisivat mahdollisimman viiveettömästi, joustavasti, virka-ajan ulkopuolella ja maksutta sekä ennen kaikkea asiakkaan ehdoilla. Perustettiin kriisikeskuksia ympäri Suomen. Toiminnan yksi perusajatus oli, että kriisiapua sai julkisten palvelujen aukioloaikojen ulkopuolella täydentäen näin julkisia palveluita. Kriisikeskuksen kynnyksellä oli mahdollisimman matala, ja kriisiapua oli mahdollista saada myös anonyymisti. Kriisikeskustyötä tekivät kriisityön ammattilaiset ja myös koulutetut vapaaehtoiset tukihenkilöt, joiden tekemä työ oli hankkeen perusvoimavara. Yksi tärkeimmistä tavoitteista hankkeessa olikin ammattityöntekijöiden ja koulutettujen tukihenkilöiden yhteistyömallin luominen. Mielenterveysseuran SOS-palvelussa kehitettyyn puhelinauttamismalliin oli koulutettu tukihenkilöitä puhelinauttajiksi jo 20 vuoden ajan, joten pohja vapaaehtoistyön kehittämiseksi osaksi kriisikeskuksia oli vankka.

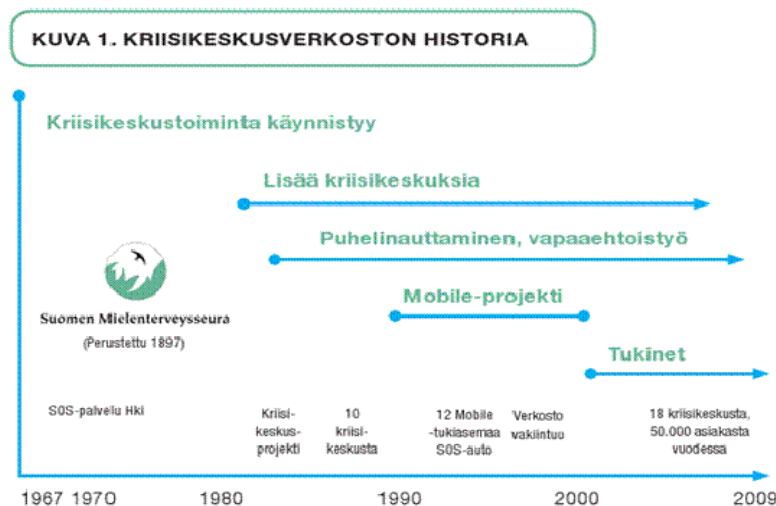
Kriisikeskusprojektiin liittyi ensimmäisenä Helsinkiin perustettu ulkomaalaisten kriisikeskus, hieman myöhemmin SOS-palvelu. Vähitellen kriisikeskuksia perustettiin eri puolille Suomea, yhteensä kymmenen. Työmuotoina kriisikeskusprojektissa oli kriisivastaanotto ja kriisipuhelintyö.

Yhdeksänkymmentäluvun alussa nousukauden jälkeen alkoi yhteiskunnassa tapahtua suuria muutoksia. Ihmisten lisääntyneet ongelmat, muun muassa laman seurauksena kuntien vähentyneet palvelut sekä sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien lisääntynyt työttömyys sysäsivät alkuun järjestöjen laajan yhteistyöhank-

keen, jalkautuvan kriisityön Mobile-projektin. Suomen Mielenterveysseuran, A-klinikkasäätiön ja julkishallinnon yhteistyönä perustettiin kahteentoista kuntaan Mobile-tukiasemat. Kukin tukiasemista toimi noin kolme vuotta, minkä jälkeen osa jatkoi Mielenterveysseuran kriisikeskuksina, osa siirtyi kunnan rahoittamaksi ja osa lakkautettiin. Tukiasemien tavoitteena oli auttaa kuntalaisia, heidän omaisiansa ja viranomaisia äkillisissä ongelma- ja kriisitilanteissa ympäri vuorokauden. Mobilen tärkeinä periaatteina olivat jalkautuva ja etsivä työ, ympärivuorokautinen palvelu, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työllistäminen sekä moniammatillinen, hallinnon rajat ylittävä yhteistyö. Mobile-kriisiauttamisen yhtenä erityispiirteenä oli työn raskauden vuoksi kriisityöntekijöiden vaihtaminen 1–2 vuoden välein. Tukiasemien perustoiminnot olivat puhelinauttaminen, palvelu tukiasemalla, kotikäynnit ja etsivä kenttätyö muun muassa SOS-auton muodossa.

Yhdeksänkymmentäluvun lopussa sekä Mobile-projektin että kriisikeskusprojektin loputtua kriisikeskusverkosto vakiintui. Mobile-tukiasemista Seinäjoen, Jyväskylän, Kuopion ja Hyvinkään tukiasemista tuli paikallisten mielenterveysseurojen ylläpitämiä kriisikeskuksia. Kriisikeskusprojektissa mukana olleista kriisikeskuksista jatkoi toimintaansa Kemin, Salon, Rauman, Savonlinnan, Lahden, Tampereen, Mikkelin ja Vammala-Huittisten kriisikeskukset, Turun ulkomaalaisten tukiasema (myöhemmin Turun kriisikeskus) ja jo ennen hanketta perustettu SOS-palvelu, Itsemurhien ehkäisykeskus.

Nykyään Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkostoon kuuluu 19 kriisikeskusta, viimeisimmät on perustettu Lappeenrantaan ja Ouluun. Joensuun Kotikartano ry:n ylläpitämä Joensuun kriisikeskus on liittynyt Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkostoon vuonna 2008 ja Lapin Ensi- ja turvakodin kriisikeskus vuonna 2009.



Kuva 1. Kriisikeskusten historia aikajanalla (Teemu Ollikainen).

2 Kriisikeskustyön periaatteet

Kriisikeskustyön peruseriaatteet ovat hyvin samanlaiset kuin kriisikeskusprojektin aikanakin. Kriisikeskukset tekevät kiinteää yhteistyötä kuntien, muiden järjestöjen, niin ammattilaisten kuin vapaaehtoistenkin, kanssa. Kriisikeskukset tekevät järjestölähtöistä auttamistyötä kriisin kokeneiden hyväksi. Järjestölähtöinen auttaminen ei ole kunnille veloitettua työtä vaan matalan kynnyksen kriisiauttamista, asiakkaalle maksutonta ja myös anonyymia asiakkaan niin halutessa.

Tukihenkilöt ovat oleellinen osa kriisikeskuksia. He päivystävät kriisipuhelimessa, tekevät ammattilaisen rinnalla kriisiauttamistyötä, ohjaavat ryhmiä joko toisen tukihenkilön tai kriisityön ammattilaisen parina, toimivat yksilötukisuhteissa sekä Tukinet-päivystäjinä.

Kriisikeskusprojektin periaatteet yhteistyöstä ja laaja-alaisen osaamisen kehittämisestä ovat säilyneet toiminnassa edelleen. Kriisikeskuksilta edellytetään edelleen jatkuvaa uudistumista. Kriisikeskukset ovat verkottuneet yhteiskuntaan uutta kehittävinä, ajankohtaisiin elämänkriiseihin vastaavina yksikköinä tarjoten kriisiapua ihmisten omista lähtökohdista käsin. Kriisikeskusten toiminta-ajatuksena on, että ihminen itse määrittää avun tarpeensa. Kriisikeskuksiin ei tarvita lähetettä, ja apua saa ilman pitkiä jonotusaikoja. Kriisikeskusten keskeisiä periaatteita ovat ihmisten terveiden osa-alueiden tukeminen ja lyhytkestoinen kriisiauttaminen sekä ohjaaminen tarvittaessa jatkohoitoon. Vuosien varrella kriisikeskuksissa on ollut projekteja, joissa on kehitetty kriisiavun malleja muun muassa nuorten ja maahanmuuttajien auttamiseksi.

Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkosto pyrkii jatkossakin tarjoamaan kriisiapua tekemällä järjestölähtöistä auttamistyötä ihmisten tueksi elämän kriisitilanteissa. Kriisikeskusverkostoon kuuluvat kriisikeskukset tekevät yhteistyötä keskenään muun muassa kehittämistyön, yhteisten koulutuspäivien ja yhteishankkeiden muodossa. Vuosittain Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkoston kautta saa apua elämäntilanteeseensa noin 50 000 asiakasta, joista uusia asiakkaita vuonna 2008 oli koko verkostossa noin 20 000. Kriisikeskuksissa on panostettu myös ryhmätoiminnan kehittämiseen. Vuonna 2008 sekä kriisityöntekijöiden että tukihenkilöiden ohjaamia ryhmiä toimi noin 90 ja niihin osallistui yli 2 000 henkeä. Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkoston toiminta on vuosien kuluessa muodostunut vankaksi osaksi suomalaista auttamistyötä, joka pystyy vastaamaan yhä kasvaviin ja haasteellisimpiin tarpeisiin.

II Valtakunnallinen kriisityön tuloksellisuustutkimus

Teemu Ollikainen

1 Johdanto

Tässä tutkimuksessa on selvitetty suomalaisissa kriisikeskuksissa toteutetun, ammatillisen kriisityön tuloksellisuutta ja tuloksellisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen kohteena ovat Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusten asiakkaat ja kriisityöntekijät. SMS:n kriisikeskusverkoston puitteissa ei ole aiemmin toteutettu kvantitatiivista tuloksellisuustutkimusta, joten tutkimuksellista vertailukohtaa organisaation aiempaan toimintaan ei ole käytettävissä. Perustason eli terveyskeskuksissa tai kriisikeskuksissa toteutettavan kriisityön tuloksellisuudesta ei ole tiettävästi aiemmin tehty laajoja selvityksiä. Ylipäätään Suomessa tehty kriisejä koskeva tutkimus on painottunut lähinnä traumatisoituneiden asiakkaiden ja suuronnettomuuksien tutkimukseen (esim. Lindeman & Saari, 1996; Poijula, 2004).

Kansainvälistä psyykkisiä kriisejä koskevaa tutkimuskirjallisuutta on runsaasti saatavilla, mutta yleistettävyyys suomalaiseen kriisityöhön on hankalaa. Tämä johtuu siitä, että tutkimukset käsittelevät pääasiassa tiettyjen, yleensä vain USA:ssa käytettyjen kriisi-interventiomenetelmien tuloksellisuutta ja sovellettavuutta. Lisäksi suuri osa tutkimuksesta keskittyy vakavien traumojen ja PTSD:n hoito-ohjelmiin (Sherman, 1998), mikä sinänsä on erikoista, koska kriisit koskettavat jokaisen ihmisen elämää ja PTSD puolestaan on ilmiönä hyvin marginaalinen (Henriksson & Lönnqvist, 2005). Toisaalta vaikuttaa siltä, että vaikkei ole olemassa tiettyä yhteistä ja kansainvälisesti sovittua kriisi-interventiomallia, kriisi-intervention peruseräkkeet ovat kaikkialla samat (Flannery & Everly, 2000). Yksi tämän tutkimuksen herättämä kysymys on, pitäisikö Suomessa kehittää suomalaiseen hoitojärjestelmään soveltuva kriisi-intervention malli, joka soveltuisi yhtä lailla elämäntilannekriisien kuin traumaattisten kriisien kanssa työskentelemiseen.

1.1 Vuorovaikutuksellisen auttamistyön tutkimus

Psykoterapiatutkimus on tällä hetkellä hyvin kiivasta, ja erilaiset psykoterapiasuuntaukset tuottavat kilvan kansainvälistä tutkimustietoa todistaakseen oman lähestymistapansa ylivertauisuuden muihin nähden. Tämä tapahtuu siitä huolimatta, että meta-analyysien mukaan psykoterapiamuotojen erityispiirteillä ei tuloksellisuuden kannalta ole läheskään niin suurta merkitystä kuin niiden yhteisillä piirteillä (Norcross ym., 2002).

Kuitenkaan ei-erikoistuneiden terapeuttien tekemän työn tuloksellisuutta ei tavallisesti tutkita samassa mittakaavassa eikä samalla intensiteetillä kuin psykoterapeuttien tekemään työtä. Sekin on erikoista, koska suurin osa mielenterveyspalveluita käyttävistä ihmisistä Suomessa ja ulkomailla asioi jonkun muun kuin psykoterapeutiksi erikoistuneen työntekijän vastaanotolla.

Tässä tutkimuksessa ei ole kyse tietyn kriisi-interventiomallin, PTSD:n tai psykoterapian tutkimuksesta, mutta lähteinä käytetyt tutkimukset ovat pääasiassa niiden piiristä. Tämä johtuu siitä, että tutkimustietoa perustasolla toteutetusta kriisityöstä, jossa kriisi ymmärretään myös elämäkriisit kattavaksi ilmiöksi, on niukasti saatavilla.

Tutkimuksen tarkoituksena ei ole osoittaa lyhyiden kriisihoitojen erinomaisuutta tai sitä, ettei psykoterapiaa tarvittaisi. Kriisikeskusten tuottamat palvelut eivät pyri kilpailemaan kunnallisten mielenterveyspalvelujen tai yksityisten psykoterapeuttien tuottamien palvelujen kanssa, ja asiakaskuntakin on eri palvelumuodoissa oiretasoltaan ja palvelutarpeeltaan erilaista. Suosituksia hoidon järjestämiseksi eritasoisissa kriisitilanteissa löytyy luvun *Kriisien psykologiaa* lopusta.

1.2 Psyykkisten kriisien yleisyys, ennuste ja toipuminen ilman ammattiapua

Kaikki ihmiset kohtaavat elämänsä aikana useita kehitys- ja elämäntilannekriisejä. Useimmiten kriiseistä päästään yli oman työskentelyn ja ympäristön tuen avulla, mutta tietyissä tilanteissa ammattiapu on tarpeen. Myös traumaattiset kriisit ovat yllättävän yleisiä: National Comorbidity Surveyn (Kessler ym., 1995) mukaan 61 % miehistä ja 51 % naisista kohtaa elämässään traumaattisen tilanteen. Kuitenkin vain osalle koituu traumaattisesta tilanteesta hoitoa vaativia traumaoireita. Ammattiavun piiriin hakeutumiseen yleisiä indikaatioita ovat voimakas ja/tai pitkäkestoinen oireilu ja subjektiivisesti kuormittavaksi koetun tilanteen jatkuminen pitkään.

Psykiatristen diagnoosien näkökulmasta kriisikeskusten asiakkaiden voidaan katsoa kärsivän tyypillisimmin jostain seuraavista häiriöistä: *sopeutumishäiriö / elämäntilanteeseen liittyvä reaktiivinen häiriö* (F43.2; ICD-10), *akuutti/äkillinen stressireaktio* (F43.0) tai *traumaperäinen stressihäiriö* (43.1). Sopeutumishäiriön ja äkillisen stressireaktion ennuste on yleisesti hyvä (Henriksson & Lönnqvist, 2005), mutta ennustetta on tarkasteltava muiden erityisten stressitekijöiden suhteen. Luvussa *Kriisien psykologiaa* esitelty *suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden malli* auttaa hahmottamaan, minkä tekijöiden yhteisvaikutuksesta avuntarve ja ammattiavusta hyötyminen muodostuvat.

Tarkkaa tietoa sopeutumishäiriön ja äkillisen stressireaktion ennusteesta ei ole saatavilla, mutta tiedossa on, että suuri osa sopeutumishäiriöistä ja äkillisistä stressireaktioista hoituu ilman ammattiapua yksilön oman työskentelyn ja hänen muiden suojaavien tekijöidensä varassa. Ammatillinen apu on kuitenkin tärkeää,

koska lieviinkin kriisireaktioihin liittyy itsetuhoisuuden riskin kasvua ja hoitamaton äkillinen stressihäiriö voi helposti kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Henrikssonin ja Lönnqvistin (2005) mukaan ammattiapuun hakeutuvien hoidon periaatteina ovat kaikissa kriiseissä yleiset kriisipsykoterapeuttiset periaatteet.

Vakavin tässä esitellyistä häiriöistä on traumaperäinen stressihäiriö. Sen kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia. Noin puolella PTSD:stä kärsivistä oireet selvästi lievittyvät itsestään ensimmäisten kolmen kuukauden aikana ja häviävät lähes kokonaan 1–3 vuoden aikana. Ainakin noin kolmasosalle jää kuitenkin useita vuosia kestävä krooninen oireyhtymä (Henriksson & Lönnqvist, 2005). Lisäksi PTSD:n tiedetään altistavan lukuisille muille mielenterveysongelmille.

Kesslerin ym. (1995) National Comorbidity Surveyn mukaan PTSD:n elinikäinen esiintyvyys yhdysvaltalaisessa aineistossa on 7,8 %. Asianmukaista hoitoa saavat toipuvat oireista keskimäärin 36 kuukaudessa, kun hoitoa saamattomilla toipumiseen tarvittava aika on jopa 64 kuukautta.

PTSD on kompleksinen psykiatrinen tila, joka voi helposti kroonistua (Shalev, 2000). Hoidon tuloksellisuuden ennustaminen PTSD:ssa on monimutkaista johdun useista tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Näitä tekijöitä ovat mm. korkea komorbiditeetti (eli muiden häiriöiden esiintyvyys samanaikaisesti), spontaani paraneminen osalla oireilun alkuvaiheessa, oireilun uudelleenaktivoituminen uusien stressitekijöiden johdosta sekä kroonistuneen häiriön aaltoileva luonne. Shalevin mukaan hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa etukäteen tulee kiinnittää huomiota neljään pääalueeseen, jotka ovat 1. oireiden vakavuus, 2. komorbiditeetti, 3. altistavat toiminnot (erityisesti alkoholinkäyttö) ja 4. sosiaaliset/ammattilliset ongelmat.

1.3 Kriisityön tuloksellisuus

Robertsin ja Everlyn (2006) 36 tuloksellisuustutkimusta käsittävän meta-analyysin keskeinen tulos oli, että lähestymistavasta riippumatta kaikkien käytyimpien kriisi-interventiomenetelmien efektikoot olivat keskisuuria tai suuria. Kirjoittajat toteavat, että intensiiviset, monta tapaamista käsittävät kriisi-interventiot ja CISM-malli (Everly ym., 2002) ovat tehokkaimpia menetelmiä, joskaan ne eivät ole patenttiratkaisuja, vaan seurantakäyntejä tarvitaan usein vielä vuoden jälkeen varsinaisesta interventiosta. Yhden käynnin debriefingin efektikoot olivat selkeästi pienempiä kuin monta tapaamista käsittävien interventioiden. Tuloksista voidaan päätellä, että menetelmästä riippumatta useimmat monta tapaamista käsittävät kriisi-interventiot ovat tuloksellisia. Useampien terapiamuotojen yhdisteleminen samassa hoidossa ei havaittavasti lisää hoidon tehoa (Foa ym., 2005).

Shermanin (1998) meta-analyysissä vertailtiin kaikkia julkaistuja kontrolloituja kliinisiä tutkimuksia PTSD:n hoidossa. Vertailussa oli mm. kognitiivisia ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä, psykodynaamisia menetelmiä ja erityi-

sesti PTSD:n hoitoon kehitettyjä tekniikoita, kuten EMDR. Kaikilla tutkituilla menetelmillä psykiatristen oireiden väheneminen oli efektikoon mukaan keskiuurta tai suurta heti hoidon jälkeen mitattuna ja seurantajaksolla. Erityisiä eroja menetelmien välillä ei havaittu. Toisin sanoen, kaikki menetelmät olivat tuloksellisia, mutta keskinäisen vertailun perusteella ei voitu sanoa, mikä tai mitkä tietyn terapiamuodon erityiset elementit selittivät vaikutuksen (vrt. Wampold, 2001). Tasa- kas kriisireaktioiden psykoterapeuttiseen hoitoon liittyvä tutkimus painottuu nykyään kognitiivisen käyttäytymisterapian piiriin, ja tästä on joissain yhteyksissä vedetty se johtopäätös, että esimerkiksi psykodynaamiset psykoterapiat ovat vähemmän suositeltavia kuin kognitiiviset (mm. käypä hoito -suositus, 2009). Tällainen jako on keinotekoinen, ja on toivottavaa, ettei se vaikuta haitallisella tavalla hoitoon ohjaukseen tai psykoterapeuttisen hoidon saatavuuteen.

1.4 Tuloksellisuustutkimuksen nykytavoitteet

Psykoterapiatutkimuksessa on perinteisesti tutkittu eri hoitomuotojen vaikuttavuutta suhteessa toisiinsa. Näiden tutkimusten ongelmana on usein se, ettei eri hoitomuotojen välille synny merkitseviä eroja, koska ryhmävertailuun perustuvissa tutkimusasetelmissä tekniikkamuuttujat näyttävät hukkuvan kokonaisvaihteluun (Leiman, 2004). Viime aikoina tutkimuksen painopiste onkin siirtynyt sellaisille alueille, jotka ovat useimmille terapiamuodoille yhteisiä, so. prosesseihin ja tekijöihin, jotka saattavat edesauttaa terapian aikaansaamia muutoksia yksilössä (Wettersten ym., 2005; Wampold, 2001). Esimerkiksi Suomessa toteutetun Helsingin Psykoterapiaprojektin (Knekt & Lindfors, 2004) puitteissa on tehty runsaasti tutkimuksia psykoterapian tuloksellisuutta ennustavista tekijöistä sekä asiakkaan, yhteistyösuhteen että työntekijän näkökulmasta (mm. Meronen, 2004; Laaksonen, 2008).

Tästä syystä käsillä olevassa tutkimuksessa ei ole selvitetty ainoastaan kriisikeskuksissa toteutettavan kriisityön tuloksellisuutta vaan myös tuloksellisuuteen yhteydessä olevia ja sitä mahdollisesti selittäviä tekijöitä. Näistä tekijöistä on ensisijaisesti tutkittu terapeuttisen yhteistyösuhteen eli allianssin laadun yhteyttä havaittuihin muutoksiin. Lisäksi on selvitetty useiden työntekijän kompetenssiin liittyvien tekijöiden mahdollisia yhteyksiä tuloksellisuuteen.

1.5 Allianssisuhteen laatu tuloksellisuuden ennustajana

APA:n (Norcross ym., 2002) psykoterapiasuhteiden toimivuutta koskevassa raportissa arvioitiin, että tekniikkamuuttujat muodostavat aineiston kokonaisvaihtelusta vain noin 15 %, kun taas elämäntilanteeseen, elämänmuutoksiin sekä luomevaikutukseen liittyvät tekijät muodostavat yli puolet (55 %) vaihtelusta. Lopun vaihtelusta, eli noin 30 %, katsottiin aiheutuvan terapeuttisen vuorovaikutuksen laatuun liittyvistä tekijöistä, kuten yhteistyösuhteen tunnesävystä, terapeutin empaattisuudesta, jaetuista päämääristä sekä terapeutin johdonmukaisuudesta (Leiman, 2004). Viimeksi mainitut tekijät muodostavat keskeisen osan tera-

piasuhteesta, jota kutsutaan *terapeuttiseksi allianssiksi*. Allianssilla tarkoitetaan Bordinin (1979) alkuperäisen määritelmän mukaan asiakkaan ja työntekijän yhteisymmärrystä tehtävistä ja tavoitteista ja toisaalta tunnevuorovaikutuksen laatua.

Tuloksellisuustutkimukset osoittavat tyypillisesti positiivisen yhteyden hyvälaatuisen allianssin ja tuloksellisen hoidon välillä (Horvath, 1994; Hentschel, 2005; Martin ym., 2000; Krupnick ym., 1996). Martinin ym. (2000) mukaan allianssin ja tuloksellisuuden välinen yhteys on kohtuullinen, joskin pitävä, myös silloin, kun samassa vertailussa on paradigmaattisesti toisistaan eroavia tutkimuksia, joissa käytetään erilaisia allianssimittareita.

Kaikki tutkimukset eivät kuitenkaan anna näin yhtäpitäviä tuloksia. Esimerkiksi Wetterstenin ym. (2005) interpersoonallisen terapian ja ratkaisukeskeisen lyhytterapian yhteyksiä allianssiin selvittäneessä tutkimuksessa vain interpersoonallisen terapian yhteys allianssin laatuun näyttäytyi merkitsevä. Kuitenkin molemmat terapiat saivat aikaan merkitseviä muutoksia tutkimushenkilöiden koetussa ahdistuneisuudessa ja toisaalta asiakastyytyväisyydessä. Useissa tutkimuksissa on huomattu, että psykodynaamiset terapiat tuottavat alhaisempia allianssipistemääriä kuin kognitiivis-behavioraaliset (mm. Raue, 1997), mutta kuten todettua, tuloksellisuuden välillä ei ole vastaavia eroja. Em. erot liittyvät siihen, että allianssin perinteinen määritelmä pitää sisällään tekijöitä, joita käsitellään kognitiivisessa terapiassa lähtökohtaisesti eksplisiittisemmin kuin psykodynaamisessa terapiassa (kuten tehtävät ja tavoitteet).

Myös sillä on merkitystä, kuka allianssia arvioi. Marzialin (1984) mukaan työntekijän ja asiakkaan allianssiarviot ovat kiinteämmin yhteydessä tuloksellisuuteen kuin ulkopuolisen arvioijan arviot, ja Krupnickin ym. (1996) mukaan asiakkaan allianssiarvio on parempi tuloksellisuuden ennustaja kuin työntekijän.

On hyvä huomata, että suurin osa allianssin ja tuloksellisuuden yhteyttä koskevista tutkimuksista liittyy masentuneiden ja ahdistuneiden asiakkaiden hoitoon pitkissä terapiasuhteissa. Lyhyissä suhteissa yhteys allianssin ja tuloksellisuuden välillä näyttäisi olevan epäjohdonmukaisempi (esim. Wettersten ym., 2005).

1.6 Työntekijän kompetenssin yhteys tuloksellisuuteen

Yksi suurimmista kysymyksistä psykoterapiatutkimuksen historiassa on ollut se, minkä tasoista ja minkälaista koulutusta ja kokemusta työntekijältä edellytetään tuloksellisen työn tekemiseen. Tutkimustulokset ovat olleet hyvin ristiriitaisia, ja osa tutkimuksista on viitannut siihen, ettei psykoterapiakoulutuksella tai pitkälläkään työkokemuksella olisi mitään merkitystä lopputuloksen kannalta (Strupp, 1998). Tarkemmassa tarkastelussa kyseiset tulokset ovat selittyneet mm. tutkimusryhmän heterogeenisuudella ja tutkimushenkilöiden yksilöllisillä tavoilla reagoida hoitoon sekä työntekijöiden yksilöllisillä toimintatavoilla.

Psykoterapiasuhteessa yksilöllisyys kietoutuu vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, mistä johtuen sekä asiakas että työntekijä muuttavat toimintaansa jatkuvasti tilanteen mukaan, eikä yksinkertaista lääkeanalogiaa käyttävä vertaileva tutkimusasetelma voi tavoittaa tällaisessa ilmiössä tapahtuvia vaihteluja (Leiman, 2004). Tämä on osaltaan vaikuttanut prosessitekijöiden tutkimuksen suosion kasvuun.

Kompetenssia ja tuloksellisuutta koskevat tulokset ovat siis ristiriitaisia, mutta varmaa on se, että on olemassa työntekijöitä, jotka tekevät keskimäärin erittäin tuloksellista työtä, ja toisaalta on toisia työntekijöitä, joiden tulokset ovat yhdenmukaisesti vaatimattomampia (Lambert, 2008). Brownin ym. (2005) psykoterapeuttien yksilöllistä tuloksellisuutta koskevassa tutkimuksessa todettiin, että terapeuttien välisiä huomattavia tuloksellisuuseroja ei voitu selittää potilasaineksella, työntekijän iällä, sukupuolella, aiemmalla työkokemuksella, hoidon kestolla tai terapeutin koulutuksella. Myöskään Davidson ym. (2004) eivät löytäneet selviä yhteyksiä arvioidun kompetenssin ja tuloksellisuuden välillä, mikä voisi liittyä kompetenssin arvioinnin metodologisiin ongelmiin. Tosin Shaw ym. (1999) havaitsivat, että työntekijän kyky strukturoida hoitoa on tuloksellisuuden kannalta keskeinen kompetenssitekijä. Edelleen Leon ym. (2005) saivat selville, että työntekijän kokemuksella on vaikutusta tuloksellisuuteen, mikäli hän työskentelee peräjälkeen samantyyppisten asiakkaiden kanssa.

Tässä tutkimuksessa on selvitetty työntekijöitä koskevien taustatietojen ja työntekijöiden itsearvioidun kompetenssin mahdollisia yhteyksiä tuloksellisuuteen.

1.7 Tämän tutkimushankkeen tavoite

Tämän tutkimuksen keskeinen tavoite on selvittää kriisiin liittyvän oireilun muutosta kriisityön aikana ja sen jälkeen ja tutkia muutokseen mahdollisesti yhteydessä olevia tekijöitä sekä antaa selviä ohjeita siihen, miten ja minkälaista kriisiapua kannattaa järjestää. Pyrkimyksenä on antaa kriisityöntekijöille mahdollisimman tarkka kuva siitä, mikä kriisityössä on keskeistä ja mitkä menetelmät ovat suositeltavia. Tulokset ovat yleistettävissä koskemaan kaikkea perustasolla tapahtuvaa, lyhytkestoista kriisityötä.

1.7.1 Järjestösektorin kriisityön tuloksellisuuden tutkimus

Suomessa kriisihoidon järjestäminen on lain mukaan kuntien vastuulla. Mielen-terveyslaki edellyttää, että kuntalaisilla on saatavilla riittävät mielen-terveyspalvelut ”...sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää” (Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan lainsäädäntö, 2006). Kuntaorganisaatiossa kriisiapua annetaan mm. terveyskeskuksissa ja mielen-terveyskeskuksissa. Käytännössä kriisityön kentällä toimii myös useita järjestöjä, jotka tukevat ja täydentävät kunnallisia palveluja ja näin takaavat osaltaan sen, että kriisin kokeneet ihmiset

saavat tarvitsemaansa apua riittävän ajoissa ja riittävän tasokkaasti tuotettuna. Ammatillista kriisityötä tarjoavista järjestöistä merkittävin on Suomen Mielenterveysseura (SMS), joka ylläpitää 17 kriisikeskusta eri puolilla Suomea.

SMS:n kriisityöntekijöiden asiakassuoritteet lasketaan vuositasona kymmenissä tuhansissa, ja useissa kunnissa kriisikeskuksella on erittäin tärkeä rooli mielen-terveyden palvelujärjestelmässä. Kuitenkin kriisikeskustyö ja sen vaikutukset jäävät helposti näkymättömäksi suurelle yleisölle, yhteistyötahoille ja kuntapäätäjil-
le. Tämä raportti osoittaa, mitä vaikutuksia kriisikeskuksissa tehtävällä ammatilli-
sella kriisityöllä on. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi esimerkiksi keskusteltaes-
sa järjestölähtöisen mielen-terveystyön ja kunnallisten palvelujen suhteesta sekä
soveltaa mm. kriisityön koulutuksissa, asiakkaiden ohjaamisessa ja uusien työn-
tekijöiden rekrytoinnissa.

Kriisityöntekijöiden käytännön kokemuksen mukaan ammatillinen kriisityö on tu-
loksellista hoitoa, josta asiakas voi saada lyhyessäkin ajassa riittävän avun. Kui-
tenkaan työn tuloksellisuutta ei ole Suomessa aiemmin systemaattisesti tutkittu.
SMS:n toiminnan puitteissa on syntynyt kiitettävä määrä opinnäytetöitä, jotka
ovat yleensä kvalitatiivisin menetelmin lähestyneet kriisikeskustyön käytäntöjä,
myös asiakkaan näkökulman huomioiden (mm. Rautakorpi, 2006). Ne tarjoavat
erittäin arvokkaan näkökulman työn prosesseihin ja kokemuksellisuuteen mutta
jättävät auki kysymyksen kriisikeskustyön tuloksellisuudesta.

1.7.2 Esikuvat ja ohjaajat

Tämän tutkimuksen tärkeänä esikuvana on Kokkosen (2005) Helsingin nuorten
kriisipisteessä toteuttama tuloksellisuustutkimus. Kokkonen tutki lyhyen kriisitera-
pian aikaansaamia psyykkisten oireiden muutoksia myöhäisnuorista koostuvalla
asiakasaineistolla. Tutkimushenkilöt täyttivät psyykkisiä oireita ja toimintakykyä
käsittelyä kyselyitä ensimmäisellä, toisella ja kymmenennellä tai viimeisellä
käyntikerralla. Kokonaisuudessaan oirepistemäärät laskivat hoidon aikana hu-
omattavasti. Kymmenen käyntikerran jälkeen masentuneisuus ja ahdistuneisuus
olivat keskimäärin lähes normaalia vastaavalla tasolla sekä itsemurha-ajatukset
vähentyneet erittäin merkittävästi niillä, joilla ajatuksia oli hoitoon tullessa ollut.
Tutkimukseen liittyi joitakin luotettavuutta vähentäviä ongelmia, kuten kontrolli-
ryhmän ja seurannan puute sekä suuri otoskato.

Tämän tutkimuksen erona Kokkosen tutkimukseen on, että aineistonkeruumene-
telmät eroavat siitä jossain määrin ja lisäksi erityisenä kiinnostuksen kohteena
ovat olleet allianssin ja työntekijään/asiakkaaseen liittyvien tekijöiden mahdolliset
yhdysvaikutukset. Tutkimuksessa on myös mukana puolen vuoden seurantajak-
so, ja toisin kuin Kokkosen tutkimuksessa, tässä otoskato jäi hyvin pieneksi myös
seurantajaksolla. Kontrolliryhmää ei tässäkään yhteydessä voitu käyttää asetel-
man epäeettisyyden vuoksi. Kontrolliryhmän käyttäminen tarkoittaisi tämänkalta-
isessa asetelmassa käytännössä sitä, että kriisikeskuksiin yhteyttä ottavista asi-

akkaista osa laitettaisiin odottamaan ja osa pääsisi suoraan kriisiavun piiriin. Asiakkaiden kuormittavien elämäntilanteiden ja kohonneen itsetuhoisuuden vuoksi tätä vaihtoehtoa ei voitu toteuttaa.

Tutkimuksen rakenteessa ja käytetyissä menetelmissä on käytetty vertailukohtana myös Helsingin psykoterapiaprojektia (Knekt & Lindfors ym., 2004) ja sen puitteissa toteutettuja tutkimuksia. Allianssin ja tuloksellisuuden yhdysvaikutuksen tutkimisen osalta referenssinä on käytetty erityisesti Wetterstenin ym. (2005) tutkimusta, jossa selvitettiin kahden lyhytterapiamuodon tuloksellisuuden ja allianssin yhteyksiä.

Tutkimuksen ohjaajina ovat toimineet PsT, kouluttajaterapeutti Juhani Tiuraniemi ja psykoterapian erityisalan professori Karl-Erik Wahlberg.

1.7.3 Tutkimuskysymykset

- Mitä muutoksia kriisityön aikana ja sen jälkeen havaitaan asiakkaan psykisessä oireilussa?
- Selittävätkö jotkin asiakkaaseen, työntekijään tai yhteistyösuhteen laatuun liittyvät tekijät havaittuja oiremuutoksia?
- Onko työntekijän kompetenssilla yhteyttä tuloksellisuuteen?

2 Hankkeen kulku

Hankkeen kulku

2004	Idea tutkimuksesta Suunnittelua
2005	Sopimus SMS:n johdon kanssa ja tutkimuslupa Sopimus tutkimuksen ohjaajan kanssa Tutkimuskysymyksen ja -välineiden valinta, rakenteen suunnittelu Kyselytutkimus kriisikeskusjohtajille
2006	Aineistonkerääjien perehdytys Aineistonkeruu alkaa Seurantakyselyt lähetetään alkuvaiheen tutkimushenkilöille Tutkimushankkeen esittely psykoterapiatutkimuksen päivillä
2007	Aineistonkeruu päättyy, 70 tutkimushenkilön aineisto Aineistonkäsittelyä Seurantakyselyt lähetetään loppuvaiheen tutkimushenkilöille 51 tutkimushenkilöä palauttaa seurantakyselyn Tutkija aloittaa erikoistumisopinnot PsykoNetin psykoterapian erityisalalla ja jatkaa hanketta lisensiaatintyönä
2008	Aineistonkäsittelyä Sopimus tutkimuksen toisen ohjaajan kanssa Tutkimuksen alustavien tulosten esittely psykoterapiatutkimuksen päivillä Esitys SMS:n kriisikeskusverkostopäivillä ja SMS:n johtoryhmälle Sopimus julkaisemisesta RAY:n julkaisusarjassa
2009	Raportin valmistelu ja julkaisu
2010	Tulosten julkaiseminen tieteellisen artikkelin muodossa

Tutkimushanke käynnistyi vuonna 2005. Ennen varsinaista aineistonkeruuta suoritettiin kyselytutkimus (liite 1) kriisikeskusjohtajille ja sen tulosten perusteella mukaan valittiin kriisikeskukset, jotka toimintatavoiltaan ovat riittävän samankaltaisia keskenään. Näistä lopullisessa aineistossa on kuusi kriisikeskusta.

Tutkija perehdytti kevään 2006 aikana aineistonkeruuseen 50 kriisityöntekijää, joista 21 toimitti aineistoa. Aineistonkeruu alkoi huhtikuussa 2006 ja päättyi tammi-kuussa 2007. Seuraavalla aikajanelalla on kuvattu keskeiset työvaiheet.

3 Menetelmät

3.1 Kriisikeskukset, aineistonkerääjät ja tutkimushenkilöt

SMS:n alaisuudessa toimii 17 kriisikeskusta, jotka tuottavat runsaasti erilaisia palveluita. Tarkemmin kriisikeskusten palvelupaletista ja käytännön toiminnasta on kerrottu luvussa 4. Tähän tutkimukseen valikoitui kriisikeskuksia, joissa kriisityö toteutetaan pääsääntöisesti ammatillisena kriisityönä (ei vapaaehtoistyönä) vuorovaikutuksellisella, keskusteluterapiatyypisellä työotteella.

3.1.1 Aineistonkerääjät

Aineistoa toimitti 21 kriisityöntekijää, jotka työskentelivät Turun, Kuopion, Helsingin, Oulun, Lahden ja Salon kriisikeskuksissa. Aineistossa painottuivat Kuopio ja Turku. Työntekijöiden koulutus- ja kokemustaso oli heterogeeninen vaihdellen työuraansa aloittelevasta, lähihoitajan koulutuksen omaavasta työntekijästä vuosikymmeniä työskennelleeseen vaativan erityistason perheterapeuttiin.

Työntekijät täyttivät tutkimuksen alussa lomakkeen (liite 2), jossa taustatietojen lisäksi pyydettiin arvioimaan mm. omaa kompetenssia kriisityöntekijänä. Työntekijöillä ei ollut käytössä yhtenäistä hoito-ohjelmaa tai taustateoriaa, mutta kaikilla oli jokin terveys- tai sosiaalialan ammatillinen koulutus sekä useimmilla sen lisäksi täydentäviä koulutuksia, kuten SMS:n tai Traumaterapiakeskuksen kriisikoulutuksia. Tyypillisin pohjakoulutus oli psykologian maisteri (PsM).

Useissa kriisikeskuksissa nimettiin työtä ohjaaviksi periaatteiksi seuraavia:

- asiakaslähtöisyys
- kriisin vaihemallin mukainen työskentely
- supportiivinen, kuunteleva ja selvittelevä työote
- voimavarojen tukeminen
- mielenterveyden edistäminen, ts. ei painotusta häiriöihin tai sairauksiin.

Nämä periaatteet vastaavat suurelta osin suomalaisen terveydenhuollon kriisejä koskevia yleisiä käytäntöjä ja suosituksia (Henriksson & Lönnqvist, 2005) ja SMS:n toiminnan periaatteita.

3.1.2 Tutkimushenkilöt

Tutkimushenkilöinä oli 70 kriisikeskusasiakasta, joista naisia oli 62 ja miehiä 8. Ikähaarukka oli laaja painottuen 20–30 vuoteen.

Tutkimushenkilöt olivat SMS:n kriisikeskuksissa yksilöasiakassuhteissa vuoden 2006 kevään ja vuoden 2007 tammikuun välisenä aikana. Käynnit toteutuivat

useimmiten kerran viikossa, ja tyypillisin käyntimäärä oli viisi käyntikertaa. Aineistoon ei otettu mukaan pariskuntana asioineita tai maahanmuuttajia. Myös alle 15-vuotiaat jätettiin aineiston ulkopuolelle käytettyjen menetelmien vuoksi. Kuopion kriisikeskuksessa samat kyselypatterit teetettiin lisäksi kahdelle terapia/keskusteluryhmälle, mutta myös ne jätettiin pois aineiston käsittelystä vertailtavuuden ongelmallisuuden vuoksi. Kriisikeskusjohtajien pilottikyselyn vastausten perusteella aineisto vastaa sukupuoli-, ikä- ja tulosityjakaumaltaan kriisikeskusjohtajien käsitystä tyypillisestä asiakaskunnasta.

Tulositytä oli yli 20 erilaista, ja ne ryhmiteltiin aineiston käsittelyvaiheessa yläkategorioihin. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, eikä osallistumattomuus vaikuttanut annetun avun määrään tai laatuun. Keskimäärin asiakkaat kävivät kriisikeskuksessa viisi kertaa.

3.2 Tutkimuksessa käytetyt kyselyt

Aineistonkeruu tapahtui kyselyillä, joita täyttivät asiakkaat ja työntekijät. Kyselyissä oli numeerisia ja avoimia osioita.

- Kysely kriisikeskusjohtajille (liite 1)
 - Kyselyllä selvitettiin mm. motivaatiota osallistua tutkimukseen, kriisikeskuksen toimintatapoja ja yleisiä toimintaperiaatteita, kriisityön organisointia, asiakaskunnan koostumusta ja kriisikeskusjohtajan käsityksiä siitä, mihin työn tuloksellisuus perustuu ja miten positiiviset muutokset voidaan havaita.
- Kriisityöntekijän lomake (liite 2)
 - Työntekijöiltä selvitettiin mm. koulutukseen ja työkokemukseen liittyvää tietoa sekä pyydettiin itsearvioita ammatillisesta kompetenssista.
- Asiakkaan tiedot -lomake (liite 3)
 - Asiakkaan lomakkeella kerättiin demografista tietoa sekä perustietoa tulostyystä, oireista ja mahdollisista aiemmista mielenterveysongelmista.
- Oirekyselypatteri
 - BDI-II (Beck Depression Inventory, Beck 1996; Psykologien kustannus 2004). Kansainvälisesti käytetyin depressiomittari.
 - BSI-53 (Brief Symptom Inventory, Derogatis 1993). Yleinen psyykkiseen oireiluun liittyvä kysely, joka tuottaa GSI-indeksin (Global Severity Index).
 - IES-22 (Impact of Event Scale, Weiss & Marmar, 1996). Kriisi- ja trauma-oirekysely. Tulokset on analysoitu vain niiden osalta, joilla tulosy on traumaattinen kriisi.
 - WAI-R (Working Alliance Inventory, Horvath, 1994; Horvath & Greenberg, 1989). Allianssisuhteen laatu asiakkaan ja toisaalta työntekijän arvioimana.
- Seurantavaiheen arviointi- ja palautelomake (liite 4)

- Seurantakirje sisälsi oirekyselyt ilman WAI:a ja seurantakyselyn, jolla kerrotettiin mm. asiakkaan senhetkistä tilaa sekä kokemuksia kriisikeskusasiakkuudesta.

3.3 Aineistonkeruuprosessi

Aineistonkeruuseen perehdytettyjä työntekijöitä ohjeistettiin ehdottamaan tietyllä aikavälillä jokaiselle asiakkaalleen tutkimukseen osallistumista. Näin päästiin niin lähelle satunnaisotantaa kuin se tässä asetelmassa on mahdollista. Käytännössä eräät työntekijät kokivat mahdolliseksi tutkimuksen esille ottamisen ensimmäisellä tapaamisella, jos asiakas oli voimakkaassa reaktiovaiheessa. Tutkimukseen kelpuutettiin mukaan myös tutkimushenkilöt, jotka olivat saaneet kyselyt täytettäväksi toisella tapaamiskerralla.

Asiakkaat täyttivät asiakkaan lomakkeen ja oirekyselypatterin ensimmäisellä ja yhdeksännellä tai viimeisellä tapaamisella. Jos yhteistyö kesti viiden tapaamisen ajan, toinen mittaus suoritettiin siis viidennellä tapaamisella. Työntekijä täytti oman versionsa WAI-R-kyselystä näillä mittauskerroilla. Työntekijää kiellettiin ehdottomasti lukemasta asiakkaan WAI-vastauksia, ja asiakkaat sulkiivat WAI-lomakkeen kirjekuoreen. Tämä tehtiin siitä syystä, että asiakkaan allianssiarvioiden näkeminen olisi vaikuttanut vinouttavasti työntekijän toimintaan vuorovaikutuksessa.

Aineistonkeruu alkoi huhtikuussa 2006 ja kesti heinäkuuhun asti. Koska aineistoa ei aluksi kertynyt riittävästi, keruuta jatkettiin vuodenvaihteeseen 2006–2007 asti. Aineistonkerääjät lähettivät yhteensä 70 tutkimushenkilön tiedot tutkijalle, joka kirjasi ylös toisen mittauskerran ajankohdan ja lähetti seurantamateriaalin tutkimushenkilöille 6 kuukauden päästä toisesta mittauksesta. Seurantakysely koostui oirekyselypatterista ilman WAI-R:ää ja tutkimusta varten laaditusta seurantakyselylomakkeesta. 59 henkilöä eli 84 % palautti seurantakyselyn, mitä voidaan pitää tämänkaltaisessa tutkimuksessa erittäin hyvänä palautusprosenttina.

3.4 Aineiston käsittely

Kaikkiaan lomakemateriaalia kertyi noin 3 000 sivua. Materiaalin käsittelyä varten luotiin 600 tilastomuuttujaa. Tässä raportissa käsitellään lähinnä numeerisessa muodossa kerättyä tietoa. Lomakkeiden kaikkien avointen kysymysten tuottamaa materiaalia ei ole käsitelty tässä raportissa, mutta pohdinnassa ja jatkohypoteesien muodostamisessa sitä on hyödynnetty.

Aineiston käsittelyssä hyödynnettiin Excel- ja SPSS-ohjelmia. Tilastollisina menetelminä varsinaisten tutkimuskysymysten kohdalla käytettiin toistomittausvarianssianalyysia ja toistomittaus-kovarianssianalyysia.

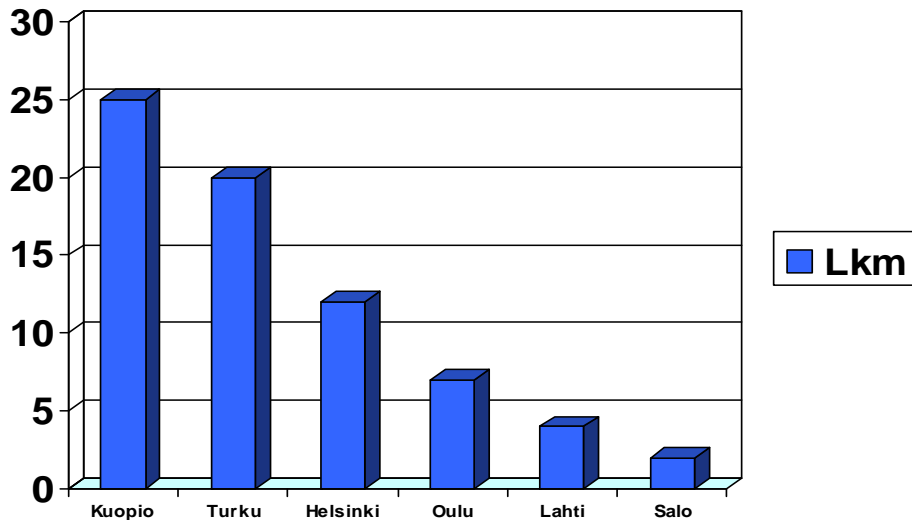
Aineiston syöttämävaiheessa aineistoon tehtiin joitakin korjauksia negatiivisesti sanoitettujen kysymysten ja puuttuvien arvojen osalta. Nämä korjaukset on esitelty liitteessä 5.

Varsinaisten aineiston syöttöä varten luotujen muuttujien lisäksi rakennettiin summamuuttujia mm. kyselyjen yhteispistemääristä ja pistemäärien eroista 1. ja 2. mittauskerran välillä. Keskeiset tilastoajat on suoritettu näillä summamuuttujilla.

4 Tulokset

4.1 Jakaumat ja aineistoa kuvailevat tulokset

4.1.1 Kriisikeskukset



Kuva 2. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden jakautuminen kriisikeskuksittain.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista asiakkaista asioi Kuopion ja Turun kriisikeskuksissa. Aineistoa lähetti 21 kriisityöntekijää.

4.1.2 Tutkimushenkilöt

Tutkimushenkilöinä oli 70 Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusten asiakasta kuudesta kaupungista. Naisia oli 62 ja miehiä 8. Iältään tutkimushenkilöt olivat 15–77-vuotiaita suurimman ikäryhmän ollessa 20–30 vuotta (taulukko 1).

Taulukko 1. Nais- ja miesasiakkaiden jakautuminen ikäryhmittäin.

Ikä	sukupuoli		Yht. %
	n	m	
-20 v.	9	1	14,3 %
21-30	19	3	31,4 %
31-40	10	1	15,7 %
41-50	13	1	20,0 %
51-60	11	0	15,7 %
61-	0	1	1,4 %

Tutkimushenkilöitä koskevia taustatietoja kartoitettiin mahdollisia tuloksellisuuden liittyviä yhdysvaikutuksia silmälläpitäen. Tässä on koostettuna joitakin aineistoa kuvailevia tietoja.

Parisuhde: Avo/avioliitossa oli 35,7 %, yksin eläviä 26,6 %, eronneita 18,6 % ja yksin asuvia mutta parisuhteessa olevia 15,7 %.

Koulutus: Ylioppilaita oli 44,3 %, ammatillisen koulutuksen omaavia 27,1 %, peruskoulun käyneitä 14,3 % ja korkeakoulutettuja 7,1 %.

Opiskelu: Opiskelevia oli 27,1 % aineistosta. Kaikista tutkimushenkilöistä ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeli 10,0 %, ammattikorkeakoulussa 8,6 %, yliopistossa tai ylemmässä korkeakoulussa 4,3 %, lukiossa 2,9 % ja muuten päätoimisesti 1,4 %.

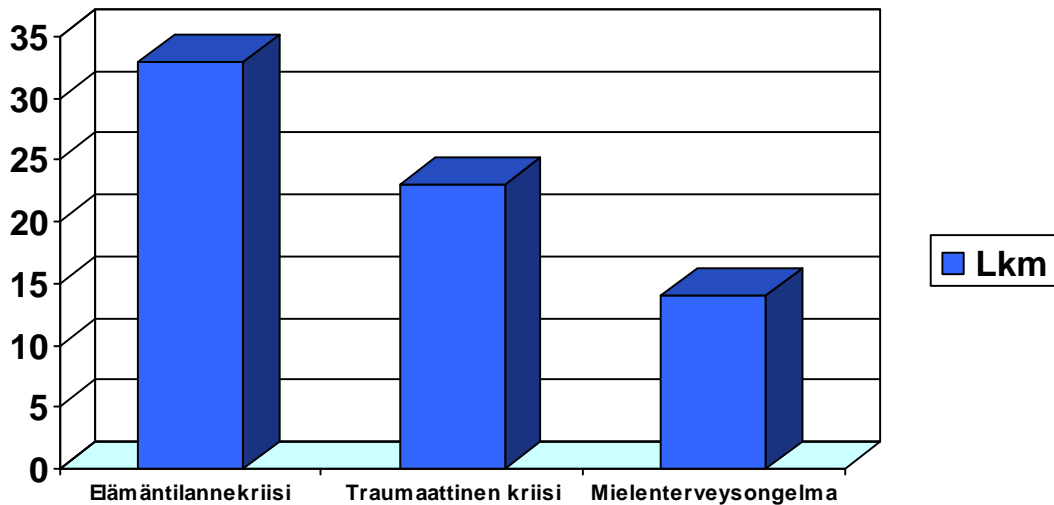
Työ: Työssäkäyviä oli 57,3 %, päätoimisia opiskelijoita 27,1 %, sairaseläkkeellä tai kuntoutuksessa 7,1 %, työttömiä 4,3 % ja hoitovapaalla 2,9 %.

Aiempi ammattiapu mielenterveysasioissa: Aiemman ammattiavun suhteen aineisto jakautui tasan kahteen osaan: 35 oli saanut ammattiapua ja 35:lle kyseessä oli ensimmäinen kerta. 10 % oli kriisikeskusasiakkuuden aikana hoitosuhteessa toisaalle. 35 oli saanut ammattiapua ja 35:lle kyseessä oli ensimmäinen kerta. 10 % oli kriisikeskusasiakkuuden aikana hoitosuhteessa toisaalle.

Psykykenlääkitys ja unilääkitys: 67,1 % ei käyttänyt eikä ollut käyttänyt mitään psykykenlääkettä tai nukahtamis- tai unilääkettä, 21,4 % ilmoitti käyttävänsä ja 10,0 % ilmoitti käyttäneensä aiemmin. Nyt käyttävistä tai aiemmin käyttäneistä 25,7 %:lla kaikista asiakkaista kyse oli uni- tai nukahtamislääkkeestä ja 5,7 %:lla psykykenlääkkeestä. Vertailussa kansakunnan keskiarvoon tutkimushenkilöt käyttivät noin nelinkertaisesti uni- tai nukahtamislääkkeitä (THL, 2007).

4.2 Tulokset

Yksittäisiä tuloksia oli noin kaksikymmentä, jotka kuitenkin olivat jaoteltavissa kolmeen pääryhmään: 1. elämäntilanne/kehityskriisi ($n = 33$), 2. traumaattinen kriisi ($n = 23$) ja 3. muu mielenterveysongelma ($n = 14$).



Kuva 3. Ensisijainen tulosyö (n = 70).

Mielenterveysongelmaryhmällä tulosyöhyyn ei liittynyt tiettyä psyykkisen kriisin aiheuttanutta tapahtumaa vaan ongelmana oli esimerkiksi masennus. Koska erityyppisiin kriiseihin ja toisaalta mielenterveysongelmiin liittyvät erilaiset dynamiikat ja työskentelyotteet, tarkastellaan tuloksia koko aineiston lisäksi ryhmien mukaisesti jaoteltuna. Tarkemmat ensisijaiset tulosyöt ja muut keskeiset keskustelunaiheet ovat esiteltynä liitteessä 6.

4.3 Kriisikeskuksen keskivertoasiakas

Tutkimushenkilöaineistoa kuvaavien tietojen perusteella voidaan hahmotella kuva kriisikeskuksen keskivertoasiakkaasta:

Sukupuoli	nainen
Ikä	20–30 vuotta
Siviilisääty	avio- tai avoliitossa
Työ	ansiotyössä
Koulutus	ylioppilas
Ammattiapu	on tai ei ole saanut ammattiapua mielenterveysasioissa (35/35)
Lääkitys	ei käytä eikä ole käyttänyt uni-, nukahtamis- tai psyykenlääkettä
Tulosyö	parisuhdeongelmat tai ero
Ensisijainen oire	ahdistus & masennus (*)

* Ahdistus oli yleisin asiakkaiden itse nimeämä ensi- tai toissijainen tulosyö. 66 %:lla (n = 52) asiakkaista BDI-pistemäärä oli yli 17 p., joka on kyselyn manuaalin mukaan kliinisen masennuksen raja-arvo.

4.4 Oireet ja oireilun muutos kriisityön aikana ja puolen vuoden seurannassa koko aineistolla

Taulukko 2. Masennusoireilu (BDI-II) ja yleinen psyykinen oireilu (BSI-53:n GSI-indeksi) kriisikeskuskäyntien alussa ja lopussa ($n = 70$).

Kysely	Alkumittaus keskiarvo	Loppumittaus keskiarvo	F (1,69)	d (efektikoko)
BDI-II	20,84	12,72	53,41***	0.44
GSI	1,45	0,82	102,37***	0.60

Menetelmänä on käytetty toistettujen mittausten varianssianalyysia. F (model, error) = mittauskertojen ero. * $p < .05$., ** $p < .01$., *** $p < .001$. Effektikoko = otoksen koosta riippumaton efektin suuruuden kuvaaja. Raja-arvot: 0.1 = pieni efekti, 0.24 = keski-suuri efekti, 0.37 = suuri efekti.

Sekä masentuneisuus että yleinen psyykinen oireilu laskivat kriisityön aikana erittäin merkittävästi. Effektikoko on molemmissa muutoksissa suuri (vrt. Nummenmaa, 2005).

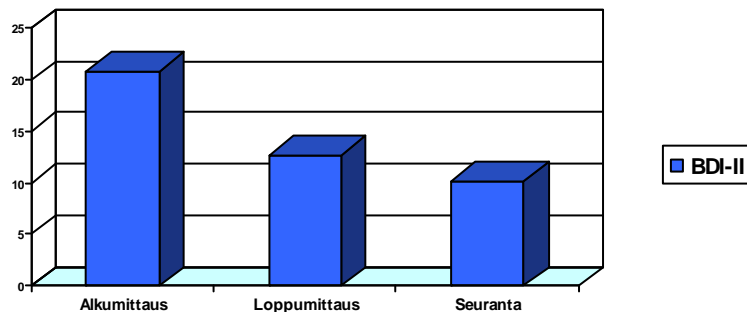
Seurantajaksolla ($n = 48$) oireilu laski edelleen mutta muutos ei ollut merkittävä. Olennainen tieto on, että oireilu ei kääntynyt takaisin nousuun, mistä voidaan päätellä, että yleisesti ottaen asiakkaat saivat riittävän hyödyn kriisiavusta.

Taulukko 3. Masennusoireilu ja GSI-indeksin mukainen yleinen psyykinen oireilu kriisikeskuskäyntien lopussa ja seurantajaksolla ($n = 48$).

Kysely	Loppumittaus keskiarvo	Seurantamittaus keskiarvo	F (1,47)	d (efektikoko)
BDI-II	12,72	10,19	2,77 (n.s.)	0.06
GSI	0,82	0,72	0,81 (n.s.)	0.02

F (model, error) = mittauskertojen ero. * $p < .05$., ** $p < .01$., *** $p < .001$. Effektikoko = otoksen koosta riippumaton efektin suuruuden kuvaaja. Raja-arvot: 0.1 = pieni efekti, 0.24 = keski-suuri efekti, 0.37 = suuri efekti.

Tutkimushenkilöiden itsearvioitua masentuneisuutta mitattiin BDI-II-kyselyllä, jonka pistekeskiarvot on esitetty kuvassa 4.

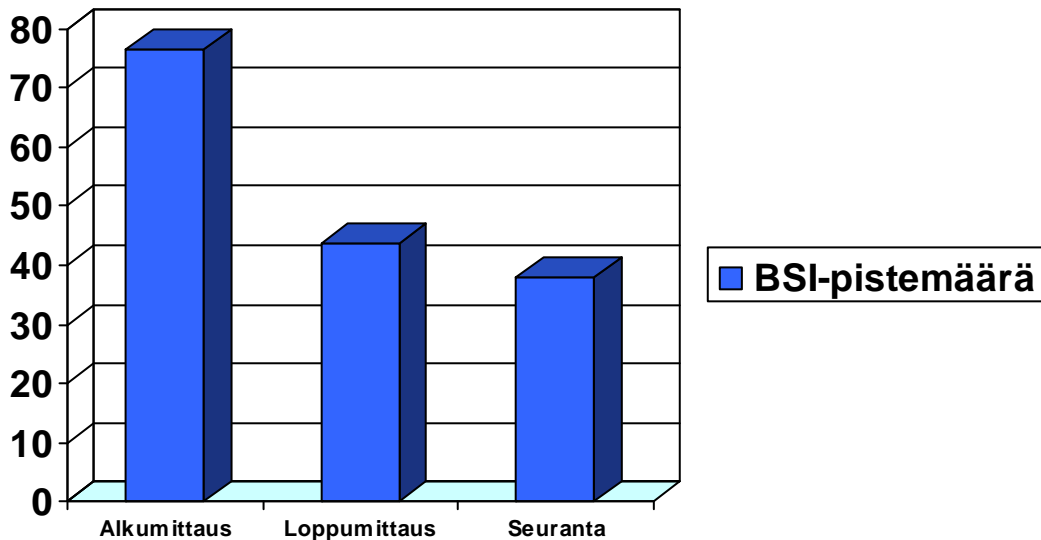


Kuva 4. Masentuneisuuden muutos tutkimuksen eri vaiheissa ($n = 70$, seuranta $n = 48$).

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että muutokset olivat yllättävän suuria ottaen huomioon, että käyntimäärien mediaani oli vain viisi käyntikertaa. Masennusoireilun muutos on helpompi hahmottaa prosentteina. BDI-II-kyselyssä (Beck, 1996) 17 pistettä pidetään raja-arvona, joka erottelee masentuneiden ja ei-masentuneiden pistemäärät toisistaan. Tutkimushenkilöt ylittivät tämän rajan seuraavasti:

1. mittaus 64 % yli 17 pistettä
2. mittaus 30 % (vastanneita 70)
3. mittaus 25 % (vastanneita 48)

Toisin sanoen, kriisikeskukseen tullessaan yli kolme viidestä asiakkaasta on BDI-II-kyselyn mukaisen depression raja-arvon yläpuolella. Puolen vuoden päästä kriisikeskustyöskentelystä sen yläpuolella on vain yksi neljästä.



Kuva 5. Yleisen psyykkisen oireilun muutos tutkimuksen eri vaiheissa (BSI-pistemäärien* muutos, $n = 70$, seuranta $n = 48$).

* Muissa yleistä psyykkistä oireilua koskevissa tilastollisissa analyyseissä on käytetty BSI-kyselyn kokonaispistemäärän sijaan kyselyn tuottamaa GSI-indeksiä, joka on kaikkien vastausten keskiarvo. Vastaamatta jättäminen tiettyihin kohtiin ei vinouta GSI-indeksiä.

BSI-kyselyn manuaalin mukaan 42 raakapistettä on raja, joka yleensä erottelee toisistaan ihmiset, jotka voisivat saada jonkin psykiatrisen diagnoosin ja ne, jotka katsotaan terveiksi (yhdysvaltalaisessa aineistossa, Derogatis, 1993). Tässä aineistossa pistekeskisarvo putoaa ensikäynnin lähes 80 pisteestä mainitulle erottelurajalle kriisityön aikana ja laskee edelleen alle 40 raakapisteen seurantajaksoilla.

4.4.1 Itsetuhoisten ajatusten muutos

Koska psyykkiset kriisit altistavat itsetuhoiselle käyttäytymiselle (Henriksson & Lönnqvist, 2005), tarkasteltiin erityisesti BDI-kyselyn kohtaa, joka käsittelee itsetuhoisia ajatuksia ja suunnitelmia. Koko aineiston tarkastelussa pistemäärät laskevat merkittävästi työskentelyn aikana (efektikoko $d = .12$). Itsetuhoisuus kasvoi seurannassa jossain määrin mutta ero alkumittaukseen säilyi merkittävänä.

4.5 Oireet ja oireilun muutos ryhmittäin tarkasteltuna

Aineistoa tarkasteltiin myös ryhmittäin ensisijaisen tulosyyn mukaan, koska haluttiin selvittää, onko tuloksellisuudessa eroja eri ryhmillä. Oireiden lasku oli voimakasta kaikilla ryhmillä, kaikkein suurin oireiden muutos havaittiin mielenterveysongelma-ryhmällä (GSI-muutoksen efektikoko $d = 0.90$).

Traumaattisen kriisin ryhmällä masennuspisteiden (BDI) lasku oli vaatimattominta 1. ja 2. mittauksen välillä mutta 1. ja 3. mittauksen välillä havaittiin merkittävä (efektikoko $d = 0.29$) ero.

4.5.1 Itsetuhoisuuden muutos ryhmittäin

Itsetuhoisuuden suhteen ryhmien välillä oli huomattavia eroja. Elämäntilannekriisi- ja mielenterveysongelmaryhmällä itsetuhoisuus väheni työskentelyn aikana merkittävästi, mielenterveysongelmaryhmällä jopa hyvin voimakkaasti (efektikoko $d = .50$). Traumaattisen kriisin ryhmällä itsetuhoisuus jopa hieman nousi työskentelyn aikana.

Alkumittauksen ja seurannan välisessä tarkastelussa tilanne muuttui kaikkien ryhmien osalta. Elämäntilannekriisiryhmällä itsetuhoisen ajattelun määrä nousi hieman säilyen kuitenkin merkittävästi alemmalla tasolla kuin alkumittauksessa.

Mielenterveysongelmaryhmällä pisteet nousivat niin paljon, että toisella mittauskerralla havaittu merkittävä ero alkumittaukseen hävisi. Traumaattisen kriisin ryhmällä pisteet laskevat jonkin verran mutta merkittävää eroa alkumittaukseen ei edelleenkään havaittu.

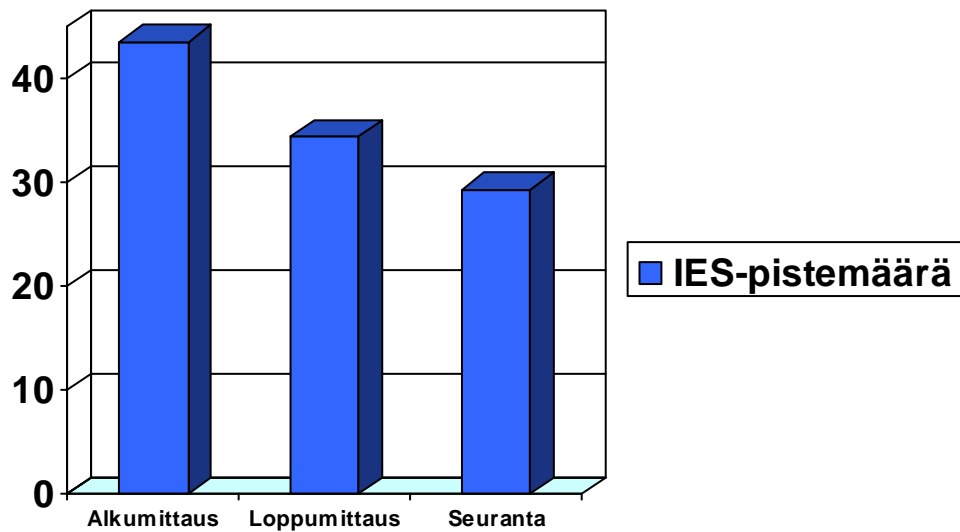
4.5.2 Traumaoireiden muutos

Traumaattisen kriisin ryhmän osalta tarkasteltiin myös traumaoireiden muutosta IES-kyselyn avulla. IES-kysely tuottaa kaksi alaskaalaa, eli mieleentunkeutumisen ja välttämiskäyttäytymisen skaalat, joiden lisäksi kysely mittaa myös vireystilan vaihtelua. Tässä on käytetty kyselyn kokonaispistemäärää.

Taulukko 4. Traumaoireiden muutos IES-kokonaispistemäärien keskiarvolla mitattuna traumaattisen kriisin ryhmällä ($n = 18$).

Kysely	Alkumittaus keskiarvo	Loppumittaus keskiarvo	Seuranta keskiarvo	F (1,17)	d (efektikoko)
IES-R	43,57	34,43	29,33	20,41***	0.55

F (model, error) = mittauskertojen ero. * $p < .05$., ** $p < .01$., *** $p < .001$. Efektikoko = otoksen koosta riippumaton efektin suuruuden kuvaaja. Raja-arvot: 0.1 = pieni efekti, 0.24 = keski-suuri efekti, 0.37 = suuri efekti.



Kuva 6. Traumaoireiden muutos IES-kokonaispisteiden keskiarvolla mitattuna traumaattisen kriisin ryhmällä ($n = 23$, seuranta $n = 18$).

Ryhmän traumaoireet laskivat merkittävästi ($d = 0.29$) jo kriisityön aikana, ja muutos jatkui seurantajaksolla.

4.6 Allianssi ja tuloksellisuus

Asiakkaat ja työntekijät arvioivat yhteistyön laatua eli allianssia WAI-R-kyselyllä kriisityön alussa ja lopussa. Koko aineiston tarkastelussa sekä asiakkaat että työntekijät arvioivat allianssin laadun hyväksi, asiakkaat jossain määrin työntekijöitä paremmaksi. Alku- ja loppumittauksen allianssiarviot korreloivat keskenään voimakkaasti sekä asiakkailla että työntekijöillä (asiakkaat $r = .75^{**}$, työntekijät $r = .71^{**}$). Asiakkaiden allianssiarviot paranivat yhteistyön aikana lievästi mutta merkittävästi (efektikoko $d = 0.08$) työntekijöiden allianssiarvioiden pysyessä vakaampina.

Asiakkaiden ja työntekijöiden allianssiarviot korreloivat myös keskenään koko aineistoa koskevassa tarkastelussa molemmilla mittauskerroilla. Ryhmittäisessä

tarkastelussa voimakkain korrelaatio oli traumaattisen kriisin ryhmällä toisella mittauskerralla (.67**), mielenterveysongelmaryhmällä allianssiarviot eivät korreloineet kummallakaan mittauskerralla.

4.7 Asiakkaaseen liittyvien yleisten tekijöiden yhteys tuloksellisuuteen

Muiden asiakkaaseen liittyvien, mahdollisesti tuloksellisuuteen yhteydessä olevien muuttujien vaikutusta tutkittiin korrelaatioilla ja lisäämällä muuttujat kovariaattiksi toistettujen mittauksen varianssianalyysimalleihin. Asiakkaisiin liittyvät demografiset muuttujat, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus, eivät olleet yhteydessä tuloksellisuuteen. Myöskään kriisitilanteen kesto ei ollut yhteydessä kriisityöstä saatua apuun. Tulosta voi hämärtää se, että kriisin alkamisajankohta ja kesto olivat useimmissa tapauksissa vain summittaisesti määriteltävissä, jos kyseessä oli vaikkapa hiljalleen pahentunut parisuhdekriisi tai lähisuhdeväkivalta.

4.8 Asiakas palaute ja sen yhteys tuloksellisuuteen

Seurantakyselyn osana olevalla arviointi- ja palautelomakkeella asiakkaat saivat arvioida yhteistyötä, työntekijän ammattitaitoa ja oman vointinsa muutoksia numeerisesti ja avoimilla kysymyksillä. Pääsääntöisesti palaute työntekijöille ja kriisikeskuksille oli erittäin hyvää. Alla on esitetty koosteena asiakkaiden antamaa palautetta saamastaan avusta.

Yhteistyön sujuvuus

Asiakkaat arvioivat yhteistyön sujumista kouluarvosanoilla 4–10. Keskiarvot:

- | | |
|-------------------------------|-----|
| • Yhteistyön sujuminen | 9- |
| • Tunnevuorovaikutus | 8,5 |
| • Yhteisymmärrys asioista | 8,5 |
| • Yhteisymmärrys tavoitteista | 8,5 |

Suosittelisiko kriisikeskusta?

48:sta seurantaan vastanneesta 47 henkilöä oli yhtä mieltä väitteen ”Suositteisin kriisikeskusta kriisin kokeneelle läheiselleni” kanssa.

Miten olet voinut käyntien jälkeen?

Asiakkaat arvioivat yleistä vointiaan käyntien jälkeen seuraavasti:

(Olen voinut...)

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| • Paremmin kuin ennen käyntejä | 85,1 % |
| • Suunnilleen yhtä hyvin/huonosti | 10,6 % |
| • Huonommin kuin ennen käyntejä | 4,3 % |

Taulukko 6. Asiakkaiden vastaukset kysymykseen ”Arvioi vointiasi ennen käyntejä ja niiden jälkeen asteikolla 0–10”. Esitettyinä keskiarvot ja muutosprosentit.

	Ennen	Jälkeen	Muutosprosentti
Psyykinen vointi	4,05	7,65	+ 36 %
Fyysinen vointi	5,55	7,66	+ 21 %
Yleinen toimintakyky	4,98	8,15	+ 32 %

4.9 Asiakkaiden arviot työntekijöiden ammattitaidosta

Asiakkaat arvioivat työntekijöiden ammattitaidon asteikolla 0–10 keskimäärin tasolle 8,93 vaihteluvälillä 6–10 ($n = 47$). Yleisesti ottaen työntekijöiden ammattitaitoa pidettiin siis oikein hyvänä. Mielenkiintoista on huomata, että asiakkaat arvioivat työntekijät ammattitaitoisemmiksi kuin työntekijät itse (keskiarvojen erotus 1,06 pistettä).

4.9.1 Ammattitaitoarvioiden yhteydet allianssiarvioihin

Tarkasteltiin, onko asiakkaan arviolla työntekijän ammattitaidosta yhteyksiä allianssiarvioihin. Asiakkaan arviot allianssista ja toisaalta työntekijän ammattitaidosta korreloivat voimakkaasti keskenään koko aineistoa koskevassa tarkastelussa.

Taulukko 7. Ammattitaitoarvioiden ja allianssiarvioiden korrelaatiot.

1. mittauskerta	.67**
2. mittauskerta	.60**

Ryhmittäisessä tarkastelussa yhteydet olivat voimakkaita elämäntilannekriisi- (.85**) ja traumaryhmällä (.60**) mutta eivät mielenterveysongelmaryhmällä. Suurimmalla osalla tutkimushenkilöistä yhteistyösuhteen laatu oli siis voimakkaasti yhteydessä käsitykseen työntekijän ammattitaidosta.

4.9.2 Asiakastytyväisyyden ja itsearvioidun oireilun muutoksen väliset yhteydet

Itsearviointiin perustuvia oiremittareita on kritisoitu mm. siitä, että ne mittaavat enemmän muita tekijöitä kuin itse oireilun muutosta (vrt. Leiman, 2007). Tässä tutkimuksessa sekä oireilussa tapahtuva muutos että asiakastytyväisyys olivat erittäin korkealla tasolla, ja siksi oli aiheellista tarkistaa, selittääkö asiakastytyväisyys havaitut muutokset. Toisin sanoen haluttiin tietää, ovatko asiakkaat tyytyväisyytensä mukaan arvioineet oireensa seurannassa alakanttiin. Asiaa tutkittiin oirekyselyiden ensimmäisen mittauskerran ja seurannan ($n = 48$) välisellä vertailulla, jossa malliin otettiin kovariaatiksi asiakastytyväisyyteen liittyviä muuttujia,

kuten kokemus yhteistyön sujuvuudesta, kokemus avunsaannista ja arvio työntekijän ammattitaidosta. Lisäksi tehtiin joukko korrelaatioanalyyskejä itsearvioitun voinnin ja asiakastytyväisyyden välillä.

Koko aineistoa koskevassa tarkastelussa asiakastytyväisyyteen liittyvät tekijät eivät nousseet millään yhdistelmällä merkittävästi selittäväksi tekijäksi eikä korrelaatioita oireiden muutoksen ja asiakastytyväisyyden välillä havaittu. Tästä voidaan päätellä, etteivät asiakkaat käyttäneet oiremittareita ainakaan asiakaspa-lautteen välineinä.

4.9.3 Arvio työntekijän ammattitaidosta ja sen yhteys tuloksellisuuteen

Asiakkaiden arvioiden ja tuloksellisuuden yhteyden tarkempaa selvittelyä varten samat ajot tehtiin ryhmitellen tulossyn mukaan. Elämäntilannekriisi- ja mielenterveysryhmillä ei havaittu yhteyksiä voinnin ja asiakastytyväisyyden tai työntekijän ammattitaitoa koskevan arvioinnin välillä, mutta traumaattisen kriisin ryhmällä ha-vaittiin hyvin voimakkaita yhteyksiä, kun tutkittiin asiakkaan käsitystä työntekijän ammattitaidosta (taulukko 8). Yhteys ei ollut merkittävä 1. ja 2. mittauksen välillä mutta nousi merkittäväksi alkumittauksen ja seurannan välillä.

Taulukko 8. Oireiden muutoksen (alkumittaus–seuranta) ja ammattitaitoarvion yhteydet traumaattisen kriisin ryhmällä ($n = 18$).

Yleisen psyykkisen oireilun (GSI-indeksin) muutos alkumittaus-seuranta	$r = .63^{**}$ (korrelaatio oireilun muutoksen erotusmuuttujan ja ammattitaitoarvion välillä)
Masentuneisuuden (BDI-pistemäärän) muutos alkumittaus-seuranta	$r = .53^*$
BDI-pistemäärä seurannassa	$r = .50^*$

4.10 Työntekijöiden itsearviot

Tutkimuksen alussa työntekijät täyttivät lomakkeen, jolla kartoitettiin heidän käsi-tyksiään työstä ja omaan osaamiseen liittyvistä tekijöistä. Alla on esitelty keskeisiä havaintoja.

Kaikilla aineistoa keränneillä 21 työntekijällä oli jokin terveys- tai sosiaalialan kou-lutus. Suurimmalla osalla oli ylempi korkeakoulututkinto tai sairaanhoitajan (AMK) tutkinto. Yleisin koulutus oli psykologin koulutus. Kouluttamattomia vapaaehtoisia ei aineistossa ollut, joten tulosten perusteella ei voida sanoa mitään vapaaehtois-työn tuloksellisuudesta. Valtaosa aineistonkerääjistä oli naisia, ja heidän ikäkes-kiarvonsa oli 40 vuotta.

- Työkokemusta aineistokerääjillä oli keskimäärin 14,5 vuotta ja kyseisessä työpaikassa 4 vuotta. Useimmilla oli joitakin kriisi- ja traumaterapiaan liittyviä

lyhyitä lisäkoulutuksia, laajoja lisäpätevyksiä (kuten psykoterapeutin pätevyys) kuitenkin vain muutamalla.

- Työntekijät arvioivat kyseisessä tehtävässä vaadittavan osaamisensa / ammatillisen kompetenssinsa asteikolla 0–10 keskimäärin tasolle 7,87.
- Kompetenssin kannalta keskeisimmäksi tekijäksi työntekijät nimesivät koulutuksen henkilökohtaisten ominaisuuksien ja työkokemuksen edelle.
- Suoria asiakaskohtaamisia oli keskimäärin 15 tuntia viikossa, ja kuormittuneisuutensa työntekijät arvioivat asteikolla 0–10 tasolle 4,78.
- Asteikolla 0–10 työntekijät arvioivat työperäisen kuormittuneisuutensa tasolle 4,78.

4.10.1 Työntekijöiden kuormittuneisuutta selittävät tekijät

Kerättyjen tietojen pohjalta oli mahdollista etsiä yhteyksiä kuormittuneisuuden ja työntekijään liittyvien tekijöiden välillä. Korrelaatioanalyysit osoittivat, että asiakastyön määrän ja koetun kuormittuneisuuden välillä oli vahva korrelaatio ($r = .47^{***}$). Muita kuormittuneisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ei havaittu.

4.10.2 Työntekijöiden itsearvioiden ja asiakkaiden arvioiden väliset yhteydet

Mikään työntekijöiden itsensä raportoima ominaisuus ei ollut yhteydessä asiakkaan arvioon hänen ammattitaidostaan. Tarkastelussa olivat mm. ikä, työkokemus, koulutustaso ym. Työntekijän työkokemus mielenterveysalalla oli viitteellisesti, muttei merkitsevästi yhteydessä asiakkaan arvioon ammattitaidosta.

4.10.3 Työntekijöihin liittyvien tekijöiden yhteys tuloksellisuuteen

Työntekijöiden välillä havaittiin huomattavia eroja tuloksellisuudessa eli asiakkaiden raportoimassa oireiden muutoksessa. Tästä johtuen yhtenä tutkimuksen sivujuonteena haluttiin selvittää, onko löydettävissä muuttujia, jotka selittäisivät tuloksellisuuserot.

Tuloksellisuuden ja työntekijöiden itse raportoimien itseään koskevien tietojen välillä ei ollut merkitseviä yhteyksiä. Työntekijän ikä ei ollut yhteydessä tuloksellisuuteen, mutta työkokemus kyseisessä paikassa oli viitteellisesti yhteydessä siihen. Työntekijän ikä oli myös melkein merkitsevästi yhteydessä asiakkaan allianssiarvioon lopetuskäynnillä.

4.11 Asiakkaat, jotka eivät hyötäneet kriisiaivusta

Jotta voitaisiin ymmärtää kriisityön tuloksellisuutta, ei voida tutkia vain positiivisia löydöksiä vaan kannattaa myös etsiä joukosta ne asiakkaat, joiden vointi huononi käyntien aikana. Aineistosta löytyi seitsemän asiakasta, joiden GSI-indeksi (yleinen psyykinen oireilu) kohosi, ja yhdeksän asiakasta, joiden BDI-pistemäärä

(masentuneisuus) kasvoi. Molemmilla mittareilla mitattuna huonontui neljän asiakkaan vointi. Heitä kutsun tässä ”kaikkein vähiten hyötynneiksi”. Kaikkia ei-hyötynneitä asiakkaita tarkasteltiin mm. demografisten tietojen sekä tulosityn ja tarkemman ensisijaisen keskustelunaiheen valossa.

Yhteistä kaikkein vähiten hyötynneille oli, että heillä sekä asiakkaan että työntekijän arviot allianssista olivat keskiarvon (asiakkaat 201, työntekijät 195) alapuolella ensitapaamisella. Tällä ryhmällä myös työntekijän allianssiarvio laski työskentelyn aikana, mikä on loogista, koska WAI:ssa mm. pyydetään arvioimaan työntekijän näkemystä siitä, onko työskentelystä hyötyä asiakkaalle. Kaikilla kaikkein vähiten hyötynneillä oli tulositynä lähisuhdeväkivalta tai läheisen tekemä seksuaalinen väkivalta, vaikka yhdellä se ei ollut tilastoitu ensisijainen tulosyy. Niillä, joilla jatkotoimenpiteet oli raportoitu, jatkotoimenpiteenä oli joko jatko kriisikeskuksessa tai muualla.

Seurannassa niistä, joilla GSI-indeksi oli kohonnut työskentelyn aikana, kahdella tulos kääntyi toivottuun suuntaan seurannassa ja yhdellä ei. Niistä, joilla BDI-pistemäärä nousi, kahdella suunta muuttui seurannassa ja kahdella ei. On havaittavissa, että kaikkein vähiten hyötynneet osallistuivat keskimääräistä vähemmän seurantaan, vaikkei seurantaan osallistuminen ja hoidon aikainen tulos olleetkaan koko aineiston tarkastelussa yhteydessä toisiinsa. Voidaan todeta, että noin puolella niistä, joilla vointi huononi kriisikeskuskäyntien aikana, se kääntyi alkumittaukselta paremmaksi seurantaan mennessä, mutta tässä ei ole kontrolloitu mahdollisen jatkohoidon vaikutusta.

5 Pohdinta

Tämän tutkimuksen keskeiset tulokset ovat:

- Kriisikeskuksissa toteutettava kriisityö on suurimmalle osalle kriisiasiakkaista erittäin tuloksellinen auttamismuoto.
- Aineistosta nousi kolme selkeästi toisistaan poikkeavaan ryhmää tulossyyn mukaan. Ryhmät olivat elämäntilannekriisi-, traumaattinen kriisi- ja mielenterveysongelma-ryhmät.
- Kriisityön aikana tapahtui huomattavaa masennusoireiden ja yleisen psyykkisen oireilun laskua. Tämä koski koko aineistoa sekä ryhmittäistä tarkastelua.
- Traumaattisen kriisin ryhmällä oireiden lasku oli hitainta. Lasku oli kuitenkin merkitsevää, ja se koski myös IES-kyselyllä mitattuja kriisi- ja trauma-oireita.
- Koko aineistoa koskevassa tarkastelussa ei havaittu tuloksellisuuteen yhteydessä olevia muuttujia mutta ryhmien välillä havaittiin eroja.
- Traumaattisen kriisin ryhmällä sekä asiakkaan allianssiarvio että arvio työntekijän ammattitaidosta olivat joiltakin osin yhteydessä tuloksellisuuteen. Voidaan todeta, että traumaattisen kriisin kohdanneet asiakkaat tarvitsevat hyvän yhteistyösuhteen toipuakseen, ja he myös arvioivat jälkikäteen työntekijän merkityksen korkeaksi hyötymisen kannalta.
- Noin 10 % asiakkaista ei hyötynyt käytetyillä mittareilla arvioituna kriisiavusta. Useimmilla heistä tulosyynä oli lähisuhdeväkivalta tai seksuaalinen väkivalta.

Odottamattomin ja samalla ehkä mielenkiintoisin tulos on se, miten paljon eri tulosryhmiin jaettujen asiakkaiden tulokset erosivat toisistaan. Eroja havaittiin kaikissa oiremuutoksissa yleisesti ja itsetuhoisuuden määrässä erityisesti. Eroja havaittiin myös mm. allianssin ja työntekijän ammattitaitoarvion suhteessa tuloksellisuuteen. Näiden tulosten pohjalta haluan rohkaista samantyyppisten aiheiden parissa työskenteleviä tutkijoita miettimään tarkkaan, mitä ryhmiä aineistosta voi nousta ja tutkimaan niiden välisiä suhteita tarkemmin. Kriisityöntekijöiden työn kannalta on varmasti valaisevaa huomata, miten samassa toimintayksikössä ja pitkälti samalla tavalla autettavat ihmiset kokevat ja hyötyvät avusta eri tavoin.

5.1 Oireiden muutokset

Tutkimuskirjallisuuden (mm. Roberts & Everly, 2006) ja työntekijöiden kokemuksen perusteella oli oletettavaa, että kriisiasiakkaiden oireilussa tapahtuvat muutokset olisivat selkeitä. Tästä huolimatta havaittujen muutosten suuruusluokka oli yllättävä. Tulosten pohjalta voidaan yleisesti sanoa, että kriisikeskuksessa toteutettava kriisityö on keskimäärin erittäin tuloksellinen tapa auttaa kriisissä olevia asiakkaita.

Koska aineistosta nousi tulossyyn mukaan kolme luonnollista ja selkeästi toisistaan eroavaa ryhmää, havaittuja muutoksia oli mahdollista arvioida myös ryhmit-

täin. Ryhmät muodostettiin sillä perusteella, mitä alan kirjallisuudessa (mm. Cullberg, 1993) ymmärretään elämäntilannekriisillä tai traumaattisella kriisillä. Mielen-terveysongelma-ryhmään päätyivät kaikki ne, joilla tilanteeseen ei liittynyt erityistä ihmissuhdekriisiä tai odottamatonta tapahtumaa. Ryhmä muodostettiin siksi, että kriisiryhmiin saataisiin enemmän ”puhtaita” kriisiasiakkaita.

Kuten saattoi odottaa, elämäntilannekriisiryhmällä yleinen psyykinen oireilu oli alkumittauksessa alhaisempaa kuin muilla ryhmillä. Tämä löydös on linjassa kriisityöntekijöiden yleisen kokemuksen kanssa siitä, että elämäntilannekriisiasiakkaat voivat yleisesti paremmin kuin esim. trauma-asiakkaat.

Traumaattisen kriisin ryhmällä oireiden lasku oli hitainta mutta lopputulos keskimäärin hyvä. Traumaattisen kriisin ryhmässä oli asiakkaita, jotka olisivat tarvinneet mahdollisesti toisenlaista apua, ja heillä oireiden lasku oli vähäisintä.

Mielenterveysongelma-ryhmällä oireiden lasku oli kaikkein voimakkainta. Ryhmä koostui lähinnä asiakkaista, jotka olivat merkinneet ensisijaiseksi tulosityykyksen ahdistuksen tai masennuksen. Koska käytettävissä ei ollut tarkempaa tietoa mielen-terveysongelma-ryhmän oirehistoriasta eikä siitä, oliko ryhmän asiakkailla varsinaisia psykiatrisia diagnooseja, on mahdotonta tehdä vertailuja kriisityön tuloksellisuuden ja muiden lyhytkestoisten auttamismuotojen tuloksellisuuden välillä.

Oireiden muutoksen ja yhteistyön lyhyen keston pohjalta voisi päätellä, että useimmilla tämän ryhmän asiakkailla kyseessä oli ohimenevä tai ensimmäinen mielialaongelmajakso. Tämän tutkimuksen pohjalta ei voida ottaa kantaa siihen, minkälaisia tai minkä mittaisia hoitajaksoja mielialaongelmista kärsiville asiakkaille voisi suositella. Tämä johtuu siitä, että tutkimusta ei suunniteltu tätä asiakasryhmää varten eikä täten tehty riittävää seulontaa eikä ryhmittelyä tutkimushenkilöiden suhteen. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleensä pitkäkestoisia ja ajan mittaan hoitamattomina pahenevia mielen-terveysongelmia, eivätkä kriisikeskusten tarjoamat lyhytkestoiset keskustelukontaktit ole riittävä keino niissä auttamiseksi.

5.2 Allianssi

5.2.1 Allianssin ja tuloksellisuuden yhteydet

Allianssin laadun yhteyttä tuloksellisuuteen on harvemmin tutkittu näin lyhyissä asiakassuhteissa, joten oli mielenkiintoista nähdä, onko ilmiöiden välillä yhteyttä.

Keskeinen havainto koko aineistolla oli, että allianssin laadun ja tuloksellisuuden välillä ei ollut selvää yhteyttä. Tämä havainto on ristiriidassa useimpien allianssia koskevien tutkimusten kanssa (vrt. Martin ym., 2000). Yhteyden puuttuminen selittyy yhteistyösuhteiden kestolla. Tässä tutkimuksessa kaikki asiakkuudet olivat lyhytkestoisia, ja jotta allianssin laatu tulisi tuloksellisuuden kannalta merkit-

seväksi tekijäksi, yhteistyön tulisi mahdollisesti olla pitkäkestoisempaa (vrt. Wettersten, 2005). Edelleen voidaan esittää, että näin lyhyessä kontaktissa asiakkaaseen liittyvät muut tekijät selittävät muutosta enemmän kuin yhteistyösuhteen laatu.

Kuitenkin ryhmittäisessä tarkastelussa kävi ilmi, että allianssin laadun yhteys tuloksellisuuteen oli tälläkin aineistolla olemassa mutta se ei ollut kaikilla ryhmillä samanlainen. Elämänkriisiryhmällä yhteyttä ei ollut, traumaattisen kriisin ryhmällä se vastasi tutkimuskirjallisuuden mukaisia tyypillisiä havaintoja ja mielenterveysongelmaryhmällä yhteys oli päinvastainen kuin odotettu. Havaintoja voi tulkita seuraavasti:

- Elämänkriisiryhmällä tuloksella ei ollut yhdysvaikutusta allianssiarvioihin: tulevat autetuiksi riippumatta yhteistyön laadusta.
- Traumaattisen kriisin ryhmällä asiakkaan myönteinen allianssiarvio ennusti oireiden muutosta: toipuakseen he tarvitsevat hyväksi kokemansa yhteistyösuhteen.
- *Mielenterveysongelmaryhmällä* tulokset olivat ristiriitaiset, eli vakavimmin oireilevat kokivat yhteistyösuhteen parhaimmaksi: tarvitsevat apua ja tukeutuvat työntekijään.

Eräs tämän tutkimuksen keskeisistä löydöksistä onkin, että allianssin merkitys voi olla erilainen tulostyöstä riippuen. Ilmiö löytyi tästä aineistosta sattumalta.

Mielenkiintoista on sekin, että asiakkaan ja työntekijän allianssiarvioiden korrelaatio oli voimakkain traumaattisen kriisin ryhmällä toisella mittauskerralla – sama allianssiarvio, joka oli merkitsevästi yhteydessä yleistä psyykkistä oireilua kuvaavan GSI-indeksin muutokseen. Tulokset viittaavat siihen, että allianssiarviot ovat selkeämmin yhteydessä tuloksellisuuteen, kun asiakkaan ja työntekijän arvio allianssin laadusta on yhteneväinen.

Havainto siitä, että asiakkaan allianssiarvioilla oli enemmän yhteyksiä tuloksellisuuteen kuin työntekijän arvioilla, on yhdenmukainen Krupnickin (1996) löydösten kanssa.

5.2.2 Allianssiarvioiden käyttäminen työvälineenä

Työntekijät eivät saaneet nähdä asiakkaiden allianssiarvioita, koska se olisi voinut vaikuttaa heidän toimintatapaansa asiakkaiden kanssa. Koska asiakkaiden ja työntekijöiden allianssiarvioiden välillä oli suurimmillaan yli 50 pisteen ero, olisi kiehtovaa nähdä, miten työntekijä muuttaisi toimintaansa, mikäli saisi nähdä asiakkaan allianssiarviot. Toisaalta asiakkaat voisivat arvioida allianssin paremmaksi, jos he tietäisivät, että työntekijä saa nähdä tulokset. Lambertin (2008) ja Millerin (2005) mukaan jatkuva asiakkaan voinnin ja toisaalta yhteistyön sujuvuuden seuranta ovat avaimia tulokselliseen terapiatyöhön lyhyissä asiakassuhteissa.

Aiheesta tehtyjen tutkimusten tulosten pohjalta on suositeltavaa, että kriisityöntekijät pyytäisivät systemaattisesti palautetta asiakkailtaan yhteistyöstä, oireiden muutoksesta ja yleisestä toimintakyvystä. Erityisen tärkeää tämä näyttää olevan traumaattisen kriisin kohdanneiden asiakkaiden kanssa, koska heillä hyvä allianssisuhteen laatu ennakoii hyvää tulosta. Työntekijä voi muuttaa toimintaansa vain, jos hän tietää, milloin kriisiavusta ei ole asiakkaalle hyötyä tai asiakas ei koe yhteistyötä toimivaksi.

5.3 Asiakkaiden arviot työntekijän ammattitaidosta

Koska asiakkaan kokemus työntekijän ammattitaidosta oli suurimmalla osalla aineistosta voimakkaasti yhteydessä kokemukseen ensitapaamisen allianssista, voidaan esittää, että asiakas pitää hyvän yhteistyösuhteen muodostumista merkkinä hyvästä työntekijän ammattitaidosta. Mielenkiintoista on se, että koska yhteys on voimakas jo ensitapaamisen allianssiarvion kanssa, se kumoaa sen mahdollisuuden, että asiakkaat arvioisivat ammattitaidon hyväksi vain hyötymisen perusteella retrospektiivisesti.

5.3.1 Ammattitaitoarvioiden yhteys tuloksellisuuteen

Koko aineistoa koskevassa tarkastelussa havaittiin vain viitteellisiä yhteyksiä oireiden muutoksen ja asiakkaan työntekijää ja yhteistyötä koskevien arvioiden välillä. Tämä voidaan tulkita koko aineiston osalta siten, että asiakas voi olla tyytyväinen tai tyytymätön saamaansa apuun riippumatta itsearvioidusta oireiden muutoksesta.

Ryhmittäisessä tarkastelussa asiakkaiden arviot työntekijän ammattitaidosta ja näiden arvioiden yhteys tuloksellisuuteen jakoivat aineistoa samaan tapaan kuin tuloksellisuuden ja allianssiarvioiden väliset yhteydet. Traumaattisen kriisin ryhmä oli tässäkin suhteessa erityisen huomion kohteena, koska ryhmän arvio työntekijän ammattitaidosta oli yhteydessä oireiden muutokseen.

On kiinnostavaa, miksi nimenomaan traumaattisen kriisin ryhmällä oireilun muutoksella ja ammattitaitoarviolla oli voimakas yhteys, kun muilla ryhmillä yhteyttä ei ollut. Yhtenä selityksenä voisi olla se, että traumaattisessa kriisissä olevat asiakkaat ovat keskimäärin ahdistuneempia kuin muiden ryhmien asiakkaat ja siksi he tukeutuvat enemmän työntekijään ja myös laskevat herkemmin saamansa hyödyn työntekijän ansioksi. Tulos on linjassa allianssia koskevien yhteyksien välillä, sillä ainoastaan traumaattisen kriisin ryhmällä asiakkaan allianssiarvio oli yhteydessä tuloksellisuuteen. Koska yhteys on havaittavissa sekä allianssiarvioiden että seurantakyselyn ammattitaitoarvion kohdalla, voidaan luotettavasti todeta, että traumaattisen kriisin ryhmällä työntekijään liittyvät tekijät ovat merkittävän tärkeitä tuloksellisuuden kannalta. Traumaattisessa kriisissä olevat asiakkaat toisin sanoen tarvitsevat hyvän yhteistyösuhteen toipuakseen, ja he myös arvioivat

jälkikäteen työntekijän ammattitaidon merkityksen korkeaksi hyötymisensä kannalta.

Elämäntilannekriisiryhmänkin asiakkaat arvioivat ammattitaitoa allianssisuhteen suuntaisesti, mutta heillä allianssiarvio tai ammattitaitoarvio ei ollut yhteydessä tuloksellisuuteen. Tästä voidaan edelleen päätellä, että elämäntilannekriisiasiakas hyöttyy myös sellaisesta kriisityöstä, jossa allianssisuhteen laatu on suboptimaalinen, tai että he olisivat mahdollisesti toipuneet ilman kriisityötäkin suhteellisen hyvin. Kuitenkin kriisiavun antaminen on suositeltavaa kaikille niille, jotka kokevat sitä tarvitsevansa, koska se toimii ylimääräisenä suojaavana tekijänä ja täten vähentää riskiä vakavampien ongelmien kehittymiseen.

5.4 Asiakastytyväisyys ja tuloksellisuus

On yllättävää, ettei muita yhteyksiä seurantavaiheen asiakastytyväisyyden ja tuloksellisuuden välillä ollut havaittavissa, koska intuitiivisesti voisi ajatella asiakastytyväisyyden olevan yhteydessä senhetkiseen vointiin. Tulkintana voi esittää, että sekä kriisikeskusasiakkaan hyvinvointi että asiakastytyväisyys rakentuvat useista tekijöistä eikä työskentelyn aikana saavutettu oireiden muutokseen liittyvä hyöty kata koko ilmiötä.

5.5 Työntekijöiden väliset tuloksellisuuserot

Työntekijöiden välillä havaittiin huomattavia tuloksellisuuseroja. Tämä saattaa selittyä jossain määrin työntekijöiden kompetenssiin liittyvillä tasoeroilla, mutta aineiston heterogeenisyyden ja pienten työntekijäkohtaisten asiakasmäärien johdosta tästä ei voida sanoa mitään varmaa. Jatkotutkimuksen kannalta olisi kiintoisaa selvittää tarkemmin työntekijöiden välisiä tuloksellisuuseroja ja sitä kautta kiinnittää huomio hyvää tulosta tekeviin työntekijöihin tai toimintayksiköihin. Tällaisella lähestymistavalla voitaisiin kehittää kriisityön hyviä käytäntöjä, kuten Brown ym. tutkimusryhmineen (2005) on Yhdysvaltojen perusterveydenhuollon piirissä tehnyt.

5.6 Asiakkaat, jotka eivät hyötäneet kriisiavusta

Noin 10 % asiakkaista ei käytetyillä mittareilla arvioituna hyötynyt kriisiavusta. Aineistossa oli kahdeksan asiakasta, joilla tulosyynä oli lähisuhdeväkivalta tai läheisen tekemä seksuaalinen väkivalta, ja heistä neljä oli kaikkein vähiten hyötynneiden joukossa. Näille asiakkaille kannattaisi suunnitella sovellettu tai muu hoito-ohjelma heti alusta alkaen tai vähintäänkin varmistaa, että kriisikeskuksessa on mahdollista asioida pitkäjäksoisesti. Seuranta-ajan lyhydestä johtuen ei voida tietää, toipuivatko ko. asiakkaat myöhemmin vai jatkuiko traumaoireilu.

5.7 Seurantajakson edut ja ongelmat

Puolen vuoden seurantajakson käyttämisellä pyrittiin tässä tutkimuksessa selvittämään, ovatko kriisityön aikana tapahtuneet muutokset pysyviä vai palaavatko oireet samalle tasolle seurantajakson aikana. Koska seurantajakson vastausprosentti oli hyvin korkea (84 %) eikä seurantakyselyyn vastaamisen ja tuloksellisuuden tai asiakastytyvyyden välillä ollut yhteyttä, voidaan todeta, että seurantajakson tulokset ovat yhtä luotettavia kuin varsinaisen tutkimusjakson tulokset.

Aina voidaan keskustella siitä, miten pitkä seurantajakson täytyisi olla, jotta vaikutusten todellinen pysyvyys pystyttäisiin selvittämään. Tässä tutkimuksessa päädyttiin puolen vuoden seurantajaksoon seuraavista syistä:

- Asiakkuudet olivat niin lyhyitä, että pitempi jakso olisi ollut suhteessa siihen liioitellun oloinen.
- Kriisityön tuloksellisuuden osalta tutkittiin vain oireiden lievittymistä, ei syvempiä muutoksia, joiden kohdalla pidempi seuranta-aika olisi ollut perusteltu.
- Mitä pidempi seurantajakso on, sitä enemmän yksilön vointiin vaikuttavat muut elämäntapahtumat ja oma toiminta, ja sitä vähemmän voidaan olettaa voinnin liittyvän kriisiapuun.

5.8 Spontaanin paranemisen osuus

Suuri kysymys tuloksia tulkittaessa on se, kuinka suuri osa asiakkaista olisi toipunut joka tapauksessa, ilman kriisiapua.

Koska tarkkoja ennustetietoja psyykkisistä kriiseistä ei ole saatavilla (Henriksson & Lönnqvist, 2005) eikä tällä aineistolla tehty psykiatrisia diagnooseja, arviot spontaanin paranemisen osuudesta perustuvat väistämättä suurelta osin veikkaukseen. Olemassa olevien ennustetietojen perusteella voidaan arvioida, että suurin osa elämäntilannekriisiryhmään kuuluvista olisi toipunut ilman ammattiapua ajan mittaan. Toisaalta tässäkin ryhmässä oli ihmisiä, joiden oireilu oli erittäin korkealla tasolla alkumittauksessa, ja on perusteltua olettaa, että osalla ryhmään kuuluvista kriisi olisi voinut laukaista vaikeampia mielenterveyden häiriöitä ilman ammattiapua.

Traumaattisen kriisin ryhmässä suurimmalla osalla oireilu laski normaalitasolle työskentelyn tai seurantajakson aikana. Tulos vastaa traumahoitojen tuloksellisuutta koskevien tutkimusten tyypillisiä tuloksia. Ilman hoitoa osalla trauma-asiakkaista oireet olisivat voineet jatkua huomattavasti pidempään (PTSD-asiakkailla noin kaksi kertaa pidempään, Kessler, 1995) tai jopa kroonistua.

5.9 Käytettyjen mittareiden luotettavuus

Tutkimuksessa käytetyistä oirekyselyistä muita kuin BDI:tä ei ole normitettu suomalaiseseen aineistoon, joten pistemäärät eivät välttämättä vastaa samaa kuin ulkomaisissa aineistoissa. Tässä on kuitenkin tutkittu yksilön sisäistä vaihtelua, joten normittamisella ei pitäisi olla tulosten kannalta olennaista merkitystä.

Mikael Leiman on useassa yhteydessä arvostellut itsearviointiin perustuvien oirekyselyjen (mm. BDI, BSI) käyttämistä tuloksellisuus- ja vaikuttavuustutkimusten välineenä, koska hänen mukaansa ne mittaavat enemmän yleistä odotusarvoa tms. kuin varsinaista hoidon aikaansaamaa muutosta (vrt. Leiman, 2007). Tämä tutkimus on tehty tietoisena mittareihin mahdollisesti sisältyvästä ”optimistisuusharhasta”. Vaikka kriisityötä tuottavia yksiköitä ja niissä työskenteleviä työntekijöitä kiinnostakin tuloksissa varmasti eniten kriisityön tuloksellisuus, tieteellisen kiinnostuksen kohteena on ollut ensisijaisesti tuloksellisuuden ja allianssin välinen yhteys. Tämän yhteyden tutkiminen ei edellytä tietoa siitä, miten tuloksellista kriisityö on suhteessa vaikkapa lääkehoitoon.

Mutta jottei tutkimuksessa oltaisi luotettu tuloksellisuuden osalta ainoastaan oiremittareihin, on aineiston käsittelyvaiheessa tehty mahdollisuuksien sallima määrä lisäanalyysseja, joilla on pyritty selvittämään tekijöitä, joihin mittareiden käyttöön pohjautuva tuloksellisuus perustuu. Traumaattisen kriisin ryhmän osalta allianssiarvion nouseminen tuloksen kannalta ratkaisevaksi tekijäksi antaa aihetta olettaa, että ainakin tällä asiakasryhmällä kriisityöllä ja sen laadulla on merkitsevä vaikutus toipumiseen.

Lisäksi arvioitiin asiakastyytyväisyyteen liittyvien muuttujien ja oirekyselyjen yhteyksiä, ja näiden selvitysten pohjalta voidaan todeta, että asiakkaat eivät käyttäneet oirekyselyjä asiakaspalautteen välineinä.

Asiakkaat arvioivat vointiaan seurannassa myös muilla, tätä tutkimusta varten luoduilla mittareilla ja avoimilla kysymyksillä, eivätkä vastaukset niihin olleet ristiriidassa oirekyselyjen tuloksiin. Asiakkaat arvioivat siis itseään ja vointiaan suhteellisen johdonmukaisesti arviointimenetelmästä huolimatta.

Em. pyrkimyksistä huolimatta tällä tutkimusasetelmalla ei voida sanoa mitään varmaa siitä, miten tarkasti oirekyselyt mittasivat todellista oireilussa tapahtuvaa muutosta. Kriisityöntekijöiden yleisen käsityksen, myönteisen asiakaspalautteen, useilla menetelmillä mitatun voinnissa tapahtuvan muutoksen ja tutkimuskirjallisuuden pohjalta uskallan kuitenkin väittää, että oirekyselyjen antama kuva muutoksesta on realistinen, vaikkakin ehkä ylipositiivinen.

Jotta voitaisiin todella realistisesti arvioida yksilön kriisiavusta saamaa hyötyä, olisi jokaista asiakassuhdetta tarkasteltava ainutlaatuisena tapahtumana, jossa määritellään omat terminsä ja mittarinsa ongelmille ja avunsaamiselle. Näin laa-

jalla tutkimushenkilömäärällä sellaisen tutkimuksen toteuttaminen olisi massiivinen urakka, eikä asiakkaita siltikään voitaisi vertailla toisiinsa tai toisenlaista apua saaviin mielekkäällä tavalla. Tyydyn toteamaan, että on jokaisen kriisityöntekijän ja asiakkaan välinen tehtävä määritellä yhteistyön tavoitteet ja tavoitteiden saavuttamisessa edistymisen seuraamisen välineet. Tässä tutkimuksessa käytetyt oiremittarit ym. vastaavat työvälineet voivat olla tarvittaessa apuna arvioiden tekemisessä.

5.10 Suositukset kriisikeskuksille tulosten perusteella

Yleisesti ottaen tulosten perusteella voidaan sanoa, että kriisikeskukset toteuttavat ammatillisen kriisityön tuottamisen tehtävänsä erittäin hyvälaatuisesti, koska yhdeksän asiakasta kymmenestä toipui oireistoltaan normaalitasolle kriisityön ja sen jälkeisen kuuden kuukauden aikana. Alla on esitetty muutamia tutkimusten tulosten pohjalta tehtyjä suosituksia.

- Tulossyyn pohjalta voidaan tehdä joitakin ennusteita asiakkaiden toipumisesta. Elämäntilannekriisiasiakkaat ja asiakkaat, jotka nimeävät tulossyykseen jonkin (ei-diagnosoidun/tilapäisen) mielialaongelman, toipuvat todennäköisesti hyvin. Myös tilanteissa, joissa yhteistyön laatu ei ole asiakkaan mielestä hyvä, toipumista tapahtuu. Mielialaongelmaisten kohdalla on kuitenkin syytä miettiä, onko kriisikeskus ylipäätään oikea paikka heille.
- Traumaattisen kriisin kohdanneet toipuvat hitaimmin, joten heidän kriisiapunsa suunnittelussa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota ajallisiin resursseihin.
- Traumaattisen kriisin kohdanneet tarvitsevat hyvälaatuisen allianssisuhteen toipuakseen. Myös trauma-asiakkaan käsityksellä työntekijän ammattitaidosta on merkitystä.
- Lähisuhdeväkivaltaa tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneet hyötyvät kaikkein vähiten lyhytkestoisesta kriisiavusta. Heidän kohdallaan kannattaa harkita jo varhaisessa vaiheessa, onko kriisikeskuksella tarjota riittävää osaamista ja käyntimäärää asiakkaalle. Jos ei ole, suosittelen ohjaamista muualle, kuten erikoissairaanhoidon palveluihin ja/tai psykoterapiaan.
- Vaikka koulutustaso ei ollut merkitsevästi yhteydessä tuloksellisuuteen, tämän tutkimuksen aineistonkerääjät olivat keskimäärin korkeasti koulutettuja tyypillisimmän koulutuksen ollessa psykologi. Työntekijät itse pitivät koulutusta ensisijaisena tekijänä osaamisensa kannalta. On suositeltavaa pitää huolta henkilökunnan koulutustasosta rekrytoinnissa ja lisäkoulutusten osalta sekä ohjata asiakkaita haastavuuden mukaan eri koulutus- ja kokemustason työntekijöille.
- Työntekijöiden itse raportoima kuormittuneisuus oli erittäin voimakkaasti yhteydessä tehdyn asiakastyön määrään. Suoraa kriisityötä on hyvä rajata työpaikka- ja yksilökohtaisilla suuntaviivoilla.
- Kaikkien kriisityöntekijöiden kaikissa asiakassuhteissa on suositeltavaa kiinnittää huomiota hyvän allianssisuhteen kehittymiseen. Työntekijän ja asiak-

kaan on hyvä pyrkiä yhteiseen käsitykseen tehtävistä ja tavoitteista, ja työntekijän tärkeänä tehtävänä on pyrkiä luomaan turvallinen ja toimiva yhteistyösuhte. Asiakkaan voinnin jatkuva seuranta on myös suositeltavaa. Sen ei tarvitse tarkoittaa lomakkeiden täyttämistä vaan vaikkapa jokaisen tapaamisen päätteeksi esitettäviä kysymyksiä: *”miten koit tämän tapaamisen?”*, *”oliko tästä sinulle apua?”*, *”puhuimmeko mielestäsi niistä asioista, mistä meidän pitäisi puhua?”*, *”miten yhteistyömme sinun mielestäsi sujuu?”* ja jokaisen käynnin alussa kysymyksiä senhetkisestä voinnista ja asiakkaan käsityksestä siitä, mihin suuntaan asiat ovat menossa.

5.11 Jatkotutkimuksen aiheita

Tämä tutkimus on ensimmäinen suuren mittakaavan kvantitatiivinen tutkimus alueellaan Suomessa. Se on tuloksellisuustutkimus, jonka tehtävänä on tuottaa tietoa kriisityöstä kriisityöntekijöille, kriisikeskuksille ja yhteistyötehoille sekä luoda tutkimuksellinen pohja uusille tutkimuksille kriisityön ja ammatillisen järjestölähtöisen auttamistyön alueella.

Tutkimus nostaa esille useita mielenkiintoisia kysymyksiä, joista päällimmäisiksi nousevat seuraavat:

- Tutkimuksessa todettiin, että oireilussa tapahtuvat muutokset ovat huomattavia, mutta vain traumaattisen kriisin ryhmällä muutokset liittyivät kriisityötä koskeviin muuttujiin. Mitkä tekijät selittävät tuloksellisuutta muilla kriisiasiakkailla? Ovatko ne asiakkaaseen, elämäntilanteeseen, työntekijään, kriisityöhön vai johonkin muuhun tekijään liittyviä?
- Kriisityöntekijöiden välillä oli suuria eroja tuloksellisuudessa, mutta yksittäisten työntekijöiden tekemän työn tuloksellisuudesta ei näin pienillä asiakasmäärillä ja heterogeenisellä asiakasryhmällä voida sanoa mitään varmaa. Miten voitaisiin löytää työntekijät, jotka tekevät jatkuvasti tuloksellista työtä, ja mitä voisimme oppia heiltä?
- Tässä tutkimuksessa ei ollut mukana vapaaehtoisia, jotka tekevät suuren työmäärän SMS:n tuottamisissa palveluissa. Heidän työnsä tuloksellisuutta ja siihen liittyviä tekijöitä kannattaisi myös tutkia, ja saatuja tuloksia voitaisiin hyödyntää vapaaehtoisten rekrytoinnissa ja perehdytyksessä.
- Lambertin (2008) mukaan avain tulokselliseen työhön julkisissa palveluissa on jatkuva asiakkaan voinnin systemaattinen seuranta ja toiminnan muuttaminen tilanteissa, joissa asiakas ei näytä hyötyvän avusta. Miten seuranta voitaisiin kehittää kriisityön puitteissa?
- Se, ettei allianssisuhteen laadulla havaittu olevan merkitystä tuloksellisuuden kannalta suurelle osalle tutkimushenkilöistä, on sekä intuitiivisesti omituinen tulos että ristiriidassa tutkimuskirjallisuuden kanssa. Mahdollisesti tutkimuksia vertailemalla voisi selvittää, onko esim. yhteistyön kesto tekijä, joka vaikuttaa allianssin laadun merkitykseen.

- Asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset yhteistyön sujuvuudesta erosivat osalla aineistosta voimakkaastikin toisistaan. Olisi kiintoisaa tutkia, missä muissa asioissa asiakkaat ja työntekijät ymmärtävät tai eivät ymmärrä toisiaan. Turussa nuorten kriisiasiakkaiden kanssa työskentelevät työntekijät järjestivät aikoinaan kokeilun, jossa he työskentelyn päättyessä ensin itse arvioivat, mistä asiakas on hyötynyt. Sen jälkeen asiakkailta kysyttiin, mistä heille on ollut apua. Vastaukset olivat säännönmukaisesti yllättävän kaukana työntekijöiden arvioista. Kiehtova kysymys onkin, perustuuko työmme vaikutavuus niihin asioihin, joihin uskomme sen perustuvan.
- Kriisityön käytännöt Suomessa ovat varsin vaihtelevia, ja tilausta olisi kattavalle, suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään sopivalle kriisi-intervention mallille. Malli voitaisiin rakentaa niin, että sitä voisi soveltaa kaikentyyppiseen kriisityöhön sekä kunnallisella että järjestösektorilla.

III Kriisien psykologiaa – pyrkimys integraatioon

Teemu Ollikainen

Psykkisen kriisin syntyä, sen vakavuuteen ja keston liittyviä tekijöitä sekä ammattivun periaatteita voidaan lähestyä useasta teoreettisesta näkökulmasta käsin. Esittelen tässä oman kriisien psykologian käyttöteoriani, joka on syntynyt useamman mallin integraationa. Taustateoriat ja tekstissä viitatu tutkimukset edustavat hyvin erilaisia lähestymistapoja ja oppisuuntia psykoanalyttisesta neuropsykologiseen lähestymistapaan. Tämä voi tuntua hämmäntävältä, mutta mielestäni kriisityötä tekevän työntekijän on hyvä tuntea ainakin jollain tavalla nämä erilaiset ajattelutavat ja niiden tarjoamat näkökulmat kriisien syntyyn ja kriiseistä selviytymiseen.

Esitetyt näkökulmat ja suositukset soveltuvat lähinnä ”arkiseen” kriisityöhön eli kriisikeskuksiin ja perusterveydenhuollossa sekä osittain myös pidemmässä terapiassa vastaan tuleviin tilanteisiin. Katastrofipsykologia ja todella vakava traumatisoituminen edellyttävät aivan omanlaistaan praktiikkaa ja erityismenetelmiä. Näiltä alueilta on kirjoitettu tasokkaita suomenkielisiä teoksia, joten niistä kiinnostuneiden kannattaa tehdä aineistohakuja mm. Eija Palosaaren, Salli Saaren ja Soili Poijulan nimillä.

Koska luvun teksti on suunnattu lähinnä kriisityön ammattilaisille, en ole selittänyt tekstissä yleisintä terminologiaa. Painopiste on psykodynaamisessa ajattelussa ja kriisien synnyn ja toiminnan syvällisemmässä ymmärtämisessä osittaisena vastareaktion ajoittain käytännön työssä vastaan tulevaan yksinkertaistavaan ja manualisoivaan tapaan lähestyä psyykkisiä kriisejä. Tyyllillisesti olen ottanut tämän kirjan tässä osiossa joitakin vapauksia arkisemmän ilmaisun suuntaan erona aiemmin esitettyyn tutkimusraporttiosioon.

Aiheen laaja käsittely voi saada lukijan tuntemaan, että materiaalia on liikaa tai että näin montaa näkökulmaa ei voi pitää aktiivisesti käytössään. Ei voikaan, eivätkä kaikki esitetyt ajattelutavat sovi kaikille työntekijöille tai kaikkiin asiakastilanteisiin. Tähän lukuun voi suhtautua sillä tavalla, että jos jokin ajatus kolahtaa, siitä saa varmaankin itselleen käyttökelpoisen työkalun ajan myötä. On syytä myös korostaa, että luvussa esitetyt teoriat ja ajatukset eivät ole helppoja ottaa käyttöön vaan jokaisen on ensitutustumisen jälkeen vielä löydettävä ne itse oman työn ja työstämisen kautta.

Terapiakentällä tietynlaiseen asiantuntija-asemaan asettuminen muutaman vuoden työkokemuksella on jokseenkin riskialtista. Toivon lukijan ymmärtävän, että haluan tällä tavalla esittää *yhtä työntekijää* puhutelleet ajatukset koostetussa

muodossa ottamatta kantaa siihen, ovatko nämä ainoita oikeita tapoja ajatella. Kriisien psykologia on valtavan laaja alue, ja yhteen näkökulmaan kiinnittyminen voi olla haitallista. Toivottavasti tämä luku inspiroi ajattelemaan, kyseenalaistamaan ja rohkeaan keskusteluun kriisityön tausta-ajatuksista ja käytännöistä.

LUVUN SISÄLTÖ

1. Kriisityön peruskysymykset
2. Psykkisen kriisin syntyminen: peruskysymykset, regressioprofiili ja psyykkiset suojautumiskeinot
3. Kriisin vaikutukset toimintakykyyn: suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden malli
4. Kriisistä selviytyminen prosessina: vaihemalli, kriisityöntekijän tehtävät ja peukalo-säännöt kriisityötä tekeväille

1 Kriisityön peruskysymykset

Kun kohtaan kriisiasiakkaan, yleensä pyydän häntä kertomaan omin sanoin, mitä on tapahtunut, riippumatta siitä, onko käytössäni lähetettä tai muuta ennakkotietoa. Häntä kuunnellessani pyrin saamaan riittävän kuvan tapahtuneesta ja asiakkaan tunnekokemuksesta. Arvioin samalla tilannetta hakemalla vastauksia tiettyihin peruskysymyksiin. Näitä kysymyksiä ovat:

- Mikä kriisi on kyseessä, eli onko kyse ensisijaisesti elämäntilannekriisistä, kehityskriisistä vai traumaattisesta kokemuksesta? Mihin kriisi on osunut, eli mikä osa ihmisestä on vahingoittunut? Mikä on asiakkaan elämäntilanne yleisesti ja kriisin suhde siihen?
- Minkälainen on kriisikokemuksen vakavuus suhteessa asiakkaan kykyyn kestää ja käsitellä psyykkistä kuormitusta? Tämä arvio on aika intuitiivinen ja perustuu sen havainnoimiseen, miten kuormittuneelta asiakas vaikuttaa. Kiinnitän myös huomiota siihen, miten rikkaasti hän kuvailee tunteitaan, ajatuksiinsa ym. Mitä rikkaampaa ja itsereflektiivisempää hänen puheensa on, sitä nopeammin oletan hänen toipuvan.
- Mitä lisäkuormitustekijöitä ja toisaalta voimavara- tai suojaavia tekijöitä ilmenee? Onko esimerkiksi jo kriisiä edeltänyttä masentuneisuutta tai aiempia ratkaisemattomia kriisejä? Onko hänellä läheisiä ihmisiä, joiden kanssa voi jakaa kokemuksia?
- Tarvitseeko asiakas tukea ja huolenpitoa perusasioissa, vai saako hän esimerkiksi syödyksi ja nukutuksi?

Kaikkia em. kysymyksiä ei voi pitää aktiivisesti mielessä, koska silloin ei enää pysty vuorovaikutteiseen yhteistyöhön. Mutta nämä kysymykset voivat olla ikään kuin ”korvan takana” työskentelyn aikana, ja niihin voi palata mielessään eri tapaamiskerroilla.

1.1 Jako kahteen

Ensimmäisen tapaamisen loppupuolella pyrin muodostamaan mielikuvan siitä, minkälaista apua ja tukea kyseinen asiakas vaatii. Käytännössä käytän karkeaa jakoa *lyhytkestoisesta avusta hyötyviin ja syvällisempää työskentelyä tarvitseviin*. Voitaisiin puhua myös *pinta-* ja *syvätason työskentelyä* edellyttävistä asiakkaista.

1.1.1 Lyhytkestoisesta avusta hyötyvät

Tällä ryhmällä tulossyynä on tyypillisesti elämäntilanne- tai kehityskriisi tai selkeä ykköstyypin trauma, johon ei sisälly komplisoivia tekijöitä. Asiakas on lähtökohdaisesti terve mutta voi oireilla voimakkaastikin. Nämä asiakkaat toipuvat yleensä lyhyehkön jakson aikana, ellei mitään yllättävää ilmene. He tulevat autetuksi, kun

heillä on joku, joka kuuntelee, ilmaisee kiinnostuksensa ja halunsa auttaa, pyrkii olemaan aidosti empaattinen ja rohkaisee puhumaan vaikeistakin ajatuksista ja tunteista. Työntekijä normalisoi epätavallisia kokemuksia, työskentelee vakauttavana tekijänä, osaa sanoa rauhoittavia ja kannustavia sanoja ja validoi keskeisiä tunnekokemuksia. Taustalla olevat syvemmät psyykkiset rakenteet aktivoituvat mutteivät sillä tavalla, että niihin tarvitsisi puuttua.

Nämä asiakkaat todennäköisesti selviäisivät tilanteesta ominkin avuin (ja lähipiirin tuella), mutta kriisiapu edesauttaa ja nopeuttaa toipumista ja sillä varmistetaan toipumisen eteneminen. Tällaisten asiakkaiden kanssa työskenteleminen ei edellytä kovin pitkälle erikoistunutta kriisiosaamista, vaan tasokas ja soveltuva terveys- tai sosiaalialan koulutus yhdistettynä toimivaan työyhteisöön ja työnohjaukseen riittävät. Tämä olettaen, että työntekijä on motivoitunut ja soveltuu henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan kriisiasiakkaiden kanssa työskentelyyn.

On kuitenkin hyvä huomioida, että kriiseistä puhuttaessa asiat eivät aina ole sitä, miltä näyttävät. Selvältä tuntuva tilanne voi äkisti muuttua kompleksiseksi. Esimerkiksi yksittäisen traumaattisen tapahtuman kokenut kohtuullisen hyvinvoivan oloinen asiakas voi yhtäkkiä muistaa jonkin varhaisemman traumaattisen kokemuksen tai tapahtumasta voi nousta mieleen asioita, jotka tekevät siitä huomattavasti vakavamman. Tästä syystä tilanteen jatkuva arviointi on tarpeellista.

1.1.2 Syvällisempää työskentelyä tarvitsevat

Syvätason työskentelyä voi edellyttää vakava traumaattinen kokemus, kuten itseensä kohdistunut raaka väkivalta. Vaikka yksilöllä ei olisi varsinaisia ongelmia tai psyykkisiä poikkeavuuksia, traumakokemus voi olla niin järkyttävä ja se voi aktivoita niin pelottavia ajatuksia, että syvällisempi ja siten myös pitkäkestoisempi työskentely on välttämätöntä. Toisaalta, vaikka psyykkiseen kriisiin laukaiseva tapahtuma ei olisi erityisen raskas, yksilölliset tekijät voivat tehdä kokemuksesta niin vaikean, että se edellyttää syvällisempää työskentelyä. Tällaisia tekijöitä voivat olla mm. kriisin ylideterminoituminen (ks. kohta 2.5), kiintymyssuhteiden ongelmat, aiempi konfliktipatologia ja psyyken integroitumattomuus.

Tähän ryhmään kuuluvat edellyttävät työntekijältä enemmän ymmärrystä siitä, miten psyykinen kriisi syntyy ja mitkä tekijät voivat ylläpitää sitä. He edellyttävät luonnollisesti myös enemmän aikaa, joten on selvitettävä, miten paljon resursseja organisaatiolla on heille tarjota. Mitä kompleksisempi tilanne on ja mitä huonommassa kunnossa asiakas on, sitä olennaisempaa on pohtia lisäksi, riittääkö oma ammattitaito työskentelyyn. Tämän luvun loppupuolella on esitetty, mitä taitoja ja ominaisuuksia haastavampaa kriisityötä tekevältä vaaditaan.

Pitkään jatkunut traumatisoituminen, moniongelmaisuus ja voimakkaat dissosiativiset oireet ovat erityisesti tekijöitä, jotka puhuvat sen puolesta, että asiakas kannattaisi ohjata erityisasiantuntemusta omaavan tahon hoitoon. Tällaisia

tahoja voivat olla mm. paikalliset kriisi- ja traumapsykoterapeutin koulutuksen omaavat ammatinharjoittajat ja kriisityöstä kokemusta omaavat psykoterapeutit, paikallinen psykiatrinen poliklinikka tai Traumaterapiakeskus. Joissakin kriisikeskuksissa työskentelee myös työntekijöitä, joiden ammattitaito riittää näiden kaikin haastavimpien kriisiasiakkaiden kanssa työskentelyyn, mutta itsekriittisyydestä ei ole tässä kohdassa haittaa.

1.2 Tärkeintä fokusoida kriisiin

Ennen kuin syvennymme tarkemmin kriisien psykologiaan, on tärkeää alleviivata kriisityön keskeisin periaate.

Kriisiavusta ei ole hyötyä, jos kriisistä ei puhuta.

Tämä periaate voi tuntua hyvin itsestään selvältä, mutta käytännössä kriisissä olevan ja varsinkin vaikeasti traumatisoituneen asiakkaan kanssa voi tehdä mieli puhua mistä hyvänsä muusta paitsi itse tapahtumasta. Tämä koskee yhtä lailla asiakkaita ja työntekijöitä. Kriisityön luonteeseen kuuluu, että ensisijaisesta tulostyöstä voidaan välillä edetä hyvinkin kauas menneisyyteen, uniin, filosofisiin keskusteluihin ym., mutta ne eivät koskaan saa viedä tilaa itse kriisistä puhumiselta.

2 Kriisin syntyminen

2.1 Mikä on kriisi?

”Psykkisen kriisitilanteen voidaan sanoa olevan kysymyksessä silloin, kun ihminen on joutunut sellaiseen elämäntilanteeseen, missä hänen aikaisemmat kokemuksensa ja hänen oppimansa reaktiotavat eivät riitä tilanteen ymmärtämiseen ja sen psyykkiseen hallitsemiseen” (Cullberg, 1991).

Kriisit voidaan jaotella erilaisiin alakategorioihin syyn, kokemuksen, kohteen, keston ym. mukaan. Tässä keskitymme nimenomaan psyykkisiin kriiseihin, eli yksilön kriisikokemuksiin, jotka edelleen ovat jaettavissa kriisin laukaisevan tekijän mukaan

- traumaattisiin kriiseihin
- elämäntilannekriiseihin
- kehityskriiseihin.

Traumaattisen psyykkisen kriisin käynnistävälle tapahtumalle on tunnusomaista ennakoimattomuus ja kontrolloimattomuus (Saari, 2002). Traumaattisia tapahtumia ovat mm. onnettomuudet, väkivallan uhriksi joutuminen ym., ja niihin kuuluu usein kuoleman tai vammautumisen uhka.

Elämäntilannekriiseillä tarkoitetaan yleisesti lähes kaikkia ihmisiä koskettavia poikkeuksellisia elämäntapahtumia, kuten avioeroa, irtisanomista tms. tapahtumia, jotka eivät traumatisoi mutta voivat järkyttää elämän perustuksia ja saada aikaan voimakkaita reaktioita ja toimintakyvyn laskua. Elämäntilannekriisin kokemuksessakin voi olla traumaattista sävyä, ja siten sen käsittelyssä voidaan noudattaa pitkälti samoja periaatteita.

Kehityskriisi-termi pohjautuu Eriksonin (Erikson & Erikson, 1997) kehitysteoriaan, jonka keskeinen ajatus on, että ihmisen elämä on sarja toisiaan seuraavia psykososiaalisia kriisejä. Näitä kriisejä ovat mm. murrosikä ja varhaisaikuisuus. Jokaisessa kehitysvaiheessa voidaan nähdä uhkia ja mahdollisuuksia. Myös kehityskriisi voi saada aikaan mm. mielialan ja toimintakyvyn laskua ja edelleen altistaa muiden kuormitustekijöiden negatiivisille vaikutuksille.

Tässä esityksessä käsittelyssä ovat lähinnä traumaattiset kriisit ja elämäntilannekriisit. Koska aiheesta on kirjoitettu lukuisia korkeatasoisia teoksia, en tässä erittele sen tarkemmin erilaisia kriisejä tai niiden spesifejä syntymekanismeja vaan siirryn suoraan niille alueille, jotka mielestäni voisivat auttaa kriisien kanssa työskenteleviä ammattilaisia ymmärtämään paremmin kriisien syntyä ja niistä selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Suositeltavia teoksia tarkempaa tutustumista varten ovat ainakin nämä: Cullberg, J.: *Tasapainon järkkyyssä* (1991), Saari, S.:

Kuin salama kirkkaalta taivaalta (2001), Haaramo, S. & Palonen, K. (toim.) 2003: *Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena* ja Lönnqvist, J. (toim): *Psykiatria* (2005).

2.2 Kriisi syntyy mielessä

Mistä psykkinen kriisi syntyy? Selitykseksi ei riitä se, että tietynlainen psykkinen kriisi aiheutuu, koska yksilö vaikkapa joutuu tietynlaiseen onnettomuuteen. Koska kaikki onnettomuuteen joutuvat eivät reagoi yhtä voimakkaasti ja kaikki reagoivat joka tapauksessa aivan omalla yksilöllisellä tavallaan, on ilmeistä, ettei psykkinen kriisi tunnuspiirteineen ole redusoitavissa sen käynnistävän tapahtuman aikaansaamaksi.

Kriisi uhkaa pahimmillaan yksilön henkeä ja lievemmissäkin tapauksissa selviytymistä ja jatkuvuuden kokemusta. Kriisitilanne voi paljastaa ihmisestä puolia, joita hän ei tiennyt olevan olemassakaan. Psykkinen kriisi ei synny itse kriisitilanteesta vaan yksilön mielessä, hänen tekemiensä havaintojen, tulkintojen, oletusten ja merkityksenantojen pohjalta, osaltaan poikkeavan aivotoiminnan vuoksi sekä aiemman muistiaineksen aktivoitumisen seurauksena. Jokainen ihminen reagoi kriisiin oman ainutlaatuisen psykkinen rakenteensa mukaisesti. Aikuisen mielessä psykkinen kriisi voi herättää eloon lapsuuden kokemuksia psykkinisestä uhattuna olemisesta (Cullberg, 1991). Jos haluaa ymmärtää psykkinen kriisin taustoja, on katsottava yksilön koko elämänsä historiaa.

2.2.1 Todellinen kriisi ja sisäinen kriisi

On tärkeää erottaa toisistaan psykkinen kriisin kokemuksen kaksi tasoa, eli ulkoisessa realiteetissa koettu trauma ja toisaalta se, mitä se itsessään herättää. Traumakokemuksen yhteydessä voidaan puhua realiteettitraumasta ja sisäisestä traumasta (vrt. Bohleber, 2007). On siis eri asia käsitellä esimerkiksi pelkoa, jota henkilö on kokenut vaikkapa ryöstötilanteessa ja pelkoa, jota hän on tuntenut lapsuudessa. Silti nämä kaksi kokemusta ovat yhteydessä toisiinsa tavalla, jota kuvataan seuraavassa kohdassa.

2.2.2 Regressioprofiili eli paluu varhaisiin tunnekokemuksiin

Kriisissä olevan yksilön mielessä aktivoituu samoja tunteita, joita hän on voinut kokea esimerkiksi lapsuudessa hätäännyttävissä tilanteissa. Näitä tunteita vastaan hän puolustautuu itselleen ominaisella tavalla. Ahdistavat kokemukset siis aktivoivat yksilön historian aiempia ahdistavia kokemuksia. Tästä ilmiöstä Laine (2007) käyttää nimitystä *regressioprofiili*. Keskeisiä varhaisen ahdistuksen lähteitä ovat

- ero/erillisuus
- avuttomuus

- kuoleman olemassaolon tiedostaminen
 - ulkopuolisuus
 - omat aggressiiviset ajatukset ja tunteet.
- (Laine, 2007; McDougall, 1986 ja Cullberg, 1991)

Näissä kaikissa ahdistuksen lähteissä voidaan itse asiassa ajatella olevan kyse psyykkisen yhteyden katkeamisesta, jota Winnicott (1967) piti kaiken ahdistusoireilun keskeisenä syynä. Ihminen tarvitsee kokemusta jatkuvuudesta, eli yhteyttä itseän ja omaan mieleen jatkuvana ja ymmärrettävänä, sekä tunnetta yhteenkuulumisesta, eli yhteyttä rakkausobjekteihin so. läheisiin ihmisiin.

Esimerkki: hirvikolari

Seuraavaa esimerkkiä voi käyttää sen havainnollistamiseen, mistä regressioprofiilissa on kyse.

Neljä ihmistä istuu autossa, joka törmää hirveen ja romuttuu pahoin. Kaikki saavat vakavia vammoja mutta pysyvät tajuissaan eikä kukaan kuole. Kaikki kokevat tapahtuman jälkeen tyypillisiä traumaattisen kriisin oireita: mieleentunkeutumista, välttämiskäyttäytymistä, vireystilan kohoamista, pelkoja, ahdistuneisuutta, univaikeuksia ja yleistä toimintakyvyn laskua. Koska he ovat olleet samassa tilanteessa ja heidän akuutin stressihäiriön (F 43.0) diagnostisten kriteerien mukainen oireistonsa on samantyyppistä, voisi ajatella, että heidän subjektiiviset kokemuksensa vastaavat toisiaan. Kuitenkin eroja ilmenee, kun heiltä kysytään: ”Mikä kokemuksessa oli pahinta?” He vastaavat:

Henkilö 1: ”Pahinta oli se, kun nähdessäni hirven ajattelin että nyt tuli lähtö” (kuolema)

Henkilö 2: ”Ehdottomasti pahin asia oli, että jouduimme odottamaan ambulanssia 50 minuuttia enkä voinut tietää, kauanko joudumme vielä odottamaan. Tunsin itseni täysin keinottomaksi ja unohdetuksi”. (avuttomuus ja ulkopuolisuus)

Henkilö 3: ”Kaikkein eniten minua satutti hoitohenkilökunnan tyylys ja epäystävällisyys. He eivät kohdelleet minua ihmisenä, vaan kuin jotain matkalaukkaa”. (erillisyyt ja ulkopuolisuus)

Henkilö 4: ”Kamalinta oli, kun kännykkäni meni rikki enkä saanut apua hälytettyä ennen kuin yksi auto viimein pysähtyi kohdalle.” (avuttomuus)

Henkilö 5: ”Olin sanonut hänelle ettei pitäisi ajaa ylinopeutta. Olisin voinut tappaa kuljettajan, koska onnettomuus oli hänen syytänsä. Tajusin, että olen kamala ihminen kun voin ajatella niin.” (omat aggressiiviset yllykkeet)

Esimerkki kuvaa sitä, miten yksilöllinen psyykkinen sisältö syntyy havainnoinnin ja tulkinnan sekä merkityksenannon seurauksena kriisitilanteessa. Merkityksenannossa yksilöt peilaavat kokemustaan varhaisiin kokemuksiin automaattisesti, ja ensivaiheen kokemuksen sisällöstä tulee kunkin regressioprofiilin mukainen. Mallin mukaisesti voisi olettaa, että hirvikolari-esimerkin henkilö 2 on kokenut vastaavaa avuttomuutta aiemminkin, vaikkapa vaippaiässä. Hän on vauvana voinut loputtoman pitkältä tuntuvan ajan kutsua pinnasängystään vanhempiaan, jotka syystä tai toisesta eivät ole kuulleet tai välittäneet tulla katsomaan mikä on hätänä. Tällaisissa tilanteissa hän on kokenut intensiivistä avuttomuutta ja ahdistusta, joka on sittemmin noussut hänen regressioprofiilissaan keskeiselle sijalle, jonkinlaiseksi akilleen kantapääksi tai ”heikoksi lenkiksi”. Tässä yhteydessä on tärkeää korostaa, etteivät yksittäiset hylätyksi joutumisen tai avuttomuuden kokemukset traumatisoi lasta vaan lapset muodostavat kuvan vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutuksettomuudesta tilanteiden keskiarvoistuksena (vrt. Stern, 2000).

2.2.3 Kriisi palauttaa menneisyyteen

Konkreettinen esimerkki ”paluusta menneisyyteen” kriisitilanteessa löytyy ihmisen elekielen tutkimuksen piiristä. Etologi Desmond Morris, joka on tutkinut ihmisten käyttäytymistä eläintieteilijän näkökulmasta, on nimennyt kirjassaan *Manwatching* (1979) ihmisten kriisitilanteessa ilmaisemat eleet *reliikkieleiksi*. Reliikkieleet ovat eleitä, jotka normaalisti kuuluvat vauvaikään mutta jäävät pois arkisesta elekielistä normaalin kehityksen myötä. Morrisin mukaan tällaiset harvinaiset toiminnot ilmenevät silloin, kun aikuisen sisäinen tunnetila muistuttaa lapsuuden tietystä kokemusmaailmasta.

Kriisissä avuton aikuinen, tiedostamattomassa pyrkimyksessään lohduttaa itseään ja tuntee olonsa turvallisemmaksi, palaa (eli regressoituu) vauvaiän fyysiseen kokemusmaailmaan, joka aikoinaan merkitsi turvaa. Esimerkiksi maanjäristyksen jälkeen kaduilla voi nähdä aikuisia, jotka heijaaavat itseään sikiöasennossa, kädet itsensä ympärillä halauksessa, vauvanomaista vaikerrusta tuottaen. Vaikka vanhemman suojelevat kädet ovat kauan sitten kadonneet ympäriltämme, kokemus niistä suojelemassa meitä on jäänyt mieleemme ja ollessamme kaikkein turvattomimmillamme haluamme kokea tuon suojelevan halauksen, vaikkakin omien käsiemme kautta.

2.2.4 Kriisi asiakas haluaa mieltä mielettömyyteen

Mitä hyötyä mallista on kriisityöntekijälle? Lyhytkestoisessa kriisityössä ei mielestäni ole välttämätöntä tutkia asiakkaan regressioprofiilia eikä muutenkaan tonkia menneisyyden kokemuksia, jos työskentely sujuu hyvin eikä asiakas ota menneisyyttä esille. Työntekijän on kuitenkin syytä olla tietoinen ilmiöstä ja kiinnittää huomiota siihen, mitä asiakas jättää sanomatta. Esimerkiksi avuttomuutta tunteva yksilö ei lähtökohtaisesti puhu mielellään avuttomuudestaan vaan lähes päinvas-

taisesti omasta kyvykkyydestään ja mm. kostofantasioista, joissa hän itse esiintyy kaikkea muuta paitsi avuttomana.

Työntekijä voi tilanteen salliessa tarjota vaihtoehtoja kokemustapaa pohjaten sen omaan empaattiseen ymmärrykseensä ja hänessä itsessään vuorovaikutuksessa herääviin tunnelmiin. Esimerkiksi voi sanoa, että ”kun kuuntelin kertomustasi, minulle tuli jotenkin avuton olo, onkohan se jotain sellaista mitä sinä tunsit tilanteessa?” Asiakkaan kanssa on hyvä sopia, että tällaisia ehdotelmia saa tehdä ja asiakkaan tehtävänä on jatkaa niistä, hyväksyä tai hylätä tulkinta. Jotta asiakas saisi paremmin kiinni tunteesta ja se integroituisi elämänhistoriaan, voi kysyä jatkoksi vaikkapa ”oletko joskus aiemmin kokenut vastaavaa?” Tämä merkityksenantoprosessi ja menneen integroiminen nykypäivään tekevät asiakkaan omat, mahdollisesti järjettömiltä tuntuvat reaktiot ymmärrettäviksi, mikä rauhoittaa asiakasta.

Kriisiasiakkaille tyypillinen kokemus on tunne maailman ja omien tunteiden ja ajatusten järjettömyydestä. Jos työntekijä pystyy tarjoamaan asiakkaalle mahdollisuuden rekonstruktioon, jossa yhdistyy nykytilanne ja menneisyydessä resonoiivat kokemukset, on päästy jo varsin pitkälle kriisistä selviämässä. Kriisistä selviämisen lisäksi työskentelyprosessi voi laajentaa asiakkaan itseymmärrystä tavalla, josta on hänelle hänen myöhemmässä elämässään hyötyä.

2.3 Kehityskriiseihin palaaminen

Kehityskriisiajattelun mukaan ratkaisematon tai vajavaisesti ratkaistu kehityskriisi nousee aina uudelleen käsittelyyn kriisitilanteissa (vrt. Erikson, 1997). Varhaiskehityksen yksilölliset ahdistuskokemukset vaikuttavat siis psyykkisen kriisin taustalla joka tapauksessa, mutta niiden lisäksi esimerkiksi nuoruusiän itsenäistymiskehitykseen liittyvät ongelmat voivat nousta tärkeään rooliin. Oma kokemukseni nuorten kriisityöstä on, että oli tulosy mikä hyvänsä, yhtenä keskeisenä keskustelunaiheena on aina nuoren itsenäistyminen vanhemmistaan.

2.4 Psyykkiset puolustusreaktiot kriisissä

Yhtä varmaa kuin se, että kriisi koskettaa yksilöä tämän perusrakenteita myöten, on se, että yksilö pyrkii tiedostamattaan ja tietoisesti suojautumaan psyykkiseen kriisiin liittyvältä emotionaaliselta tuskalta ja avuttomuuden ym. kokemuksilta. Cullbergin (1991) mukaan näiden *psyyken puolustuskeinojen* tarkoituksena on vähentää minään kohdistuvan uhkan ja vaaran kokemista ja tiedostamista. Puolustuskeinoja ovat mm. regressoituminen riippuvuuteen ja affektiiviseen kontrolloimattomuuteen, kieltäminen, projektio, eristäminen ja myös tietoinen tunteiden torjuminen.

Varsinkin traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa kriisityötä tekevän on hyvä tuntea nämä puolustusmekanismit ja ymmärtää niiden merkitys. Koska niiden

tarkoitus on nimenomaan suojata psyykeä, ei niitä saa suin päin lähteä kyseenalaistamaan. Silloin voidaan pahimmillaan päätyä tilanteeseen, jossa työntekijä on aggressiivisin ottein riisunut asiakkaansa puolustusmekanismien tarjoamasta suojasta tarjoamatta mitään tukevaa tai korjaavaa tilalle.

Työntekijän on hyväksyttävä se, että työskentelyn alkuvaiheessa asiakas voi olla kapea-alainen, regressoitunut, mustavalkoinen ja yliaffektiivinen. Toisaalta kriisityön yksi upea piirre on se, että kun kriisitilanne on saatu tyydyttävästi työskenneltyä, voi asiakkaan laaja-alaisuus päästä nopeastikin uudelleen valloilleen. Tämä tuntuu kontaktissa mm. asiakkaan reflektiivisyyden lisääntymisenä ja yleisenä toimintakyvyn kasvuna. Kriisiasiakkaathan ovat useimmiten muuten terveitä ihmisiä, eli vaikka kriisin aikana heidän ahdistus- ja masennustyyppinen oireilunsa voi olla hyvinkin voimakasta, oireilu usein loppuu samalla kun kriisi saadaan käsiteltyä.

Regressioprofiilimallin mukaan psyykkiset puolustusreaktiot suhteessa varhaisiin psyykkisiin uhattuna olemisen kokemuksiin ovat olemassa myös ilman akuuttia kriisiä. Tavallisia keinoja suojautua varhaisiin traumoihin liittyvän palaamisen ja uudelleen kokemisen aiheuttamalta tuskalta ovat mm. *pyrkimys autonomiaan, halu hallita ja saada kaikki, halu olla muita parempi ja tarve pysyä liikkeessä* (Laine, 2007). Omassa kriisiasiakastyössäni ehkä selkeimmin tämä suojaava funktio on näkynyt nuorilla miesasiakkailla, jotka erokriisin käsittelyn loppuvaiheessa ovat ilmoittaneet lähtevänsä rauhanturvaajaksi (pysyminen liikkeessä, autonomia) tai aloittavansa tosissaan kehonrakennusharrastuksen (autonomia ja hallinta).

Lainetta (2007) mukaillen myös työntekijä kohtaa asiakkaan tilanteen ja tunnevuorovaikutuksen kautta oman regressioprofiilinsa. Sanotaankin, että oman ahdistuksen sietäminen ja ”parantamisen tarpeen” vastustaminen ovat kriisityöntekijän tärkeimpiä tehtäviä. Työntekijän hyvä itsetuntemus on ehdoton edellytys tällaiselle työskentelylle, jossa työntekijä joutuu jatkuvasti työskentelemään omien reaktioidensa kanssa ja näkemään ne suhteessa asiakkaaseen.

2.5 Kriisin ylideterminoituminen

Kriisi tai traumaattinen tapahtuma voi saada yksilön mielessä myös suuremman merkityksen kuin ulkopuolisen silmin olisi oletettavaa. Tällöin voi olla kyse kriisin *ylideterminoitumisesta* eli siitä, että kriisi symboloi tai laukaisee jo aiemmin olemassa olleen sisäisen ristiriidan, joka siten antaa kriisille yllättävän suuren painoarvon (Cullberg, 1991). Esimerkki ylideterminoitumisesta voi olla vaikkapa sinänsä kohtuullisen rauhallinen ero parisuhteesta, joka aktivoi yksilön mielessä kompleksisen eron vanhemmista keskenjääneessä itsenäistymiskehityksessä, ja tämä yhdistelmä voi jo aiheuttaa yllättävän voimakkaita reaktioita. Ylideterminoitumistilanteessa oleva asiakas voi syyttää itseään siitä, että hän menettää toimintakyvynsä ”vähäpätöisen” asian vuoksi, ja siksi hänen voi olla tärkeää saada työnteki-

jän avulla uusi näkökulma siihen, että ehkä kyse ei olekaan vain ajankohtaisesta elämänkriisistä vaan huomattavasti isommasta psyykkisestä konfliktista.

2.6 Muut yksilölliset psykologiset tekijät kriisistä selviytymisessä

Asiakkaan kriisitilanteesta tekemät tulkinnat heijastelevat hänen kokonaispersoonallisuuttaan ja suhdetta itseensä. Kriisi asiakkaan kokemus itsestään voi vaihdella tapaamisen aikanakin mm. seuraavien vastaparien välillä (vrt. Cullberg, 1991; Saari, 2002):

- itsetunto – itseinho
- yhteenkuuluvuus – yksinäisyys
- maailman kokeminen mielekkääksi – mielettömäksi ja kaoottiseksi
- minä vaikeuksista selviävänä – minä vaikeuksien alle musertuvana.

Yleisesti voidaan sanoa, että se, miten yksilö suhtautuu itseensä normaalielämässä, ennakoii sitä, miten hän suhtautuu itseensä ja omiin resursseihinsa kriisitilanteessa. Jos hän yleisesti luottaa selviävänsä ongelmista ja pystyy näkemään ne haasteina, pystyy hän todennäköisesti siihen myös kriisissä (Saari, 2002).

Regressioprofiilimalli selittää hyvin sitä, mistä kriisitilanteessa spontaanisti heräävät tunnekokemukset tulevat. Se on kuitenkin vain osa yksilön psyykkistä kokonaisuutta. Kriisissä näyttäytyvät yksilön temperamentti, merkitysorganisaatio, selviytymiskeinot, kiintymys- ja objektsuhteet ja niiden ongelmat ym. eli kaikki se, minkä kanssa myös pitkässä psykoterapiassa työskennellään. En lähde tässä artikkelissa kuitenkaan sekoittamaan lukijaa tämän enempää vyöryttämällä lisää psykoterapeuttista käsitteistöä. Olennaista on mielestäni, että kaikki yleinen tietämys psyyken toiminnasta ja vaihtoehtoiset tavat selittää psyykkisiä ongelmia ovat kriisityöntekijälle käyttökelpoista tietoa.

2.7 Miksi kriisitilannetta ei voi unohtaa?

Kansanomaisessa arkiajattelussa esiintyy käsitys, jonka mukaan menneitä ei kannata murehtia ja vanhojen asioiden muistelijoina kuuluisi tökätä tikulla silmään. Psykologisessa mielessä tämä uskomus perustuu varmaankin uskomukseen siitä, että kun yksilö pyrkii olemaan aktiivisesti prosessoimatta tiettyä kokemusta, se saattaa hyvinkin vajota tietoisuuden ulkopuolelle ja pysyä siellä. Jos asia ei ole vahingoittanut mitään kovin oleellista ihmisen psyykessä, kyseenalaistanut turvallisuutta, jatkuvuuden kokemusta tai kuvaa itsestä hyvänä ja pystyväenä, ei se myöskään välttämättä palaa uudestaan kummittelemaan. Useissa tapauksissa tämä menetelmä on riittävä ja toimiva mutta ei tietenkään kaikissa. Kuten Mona Serenius (2003) asian ilmaisee:

”Henkilön, joka on kokenut vaikean trauman, on jatkuvasti palattava tietoisesti tai tiedostamattaan trauman ajankohtaan ja olosuhteisiin yrittääkseen

aukaista solmun; purkaakseen mielikuvituksen ja luovuuden lukon, jonka trauma on aiheuttanut. Vasta kun hän on tässä onnistunut, vasta kun hän on ymmärtänyt taustalla olevat mielikuvat, sekä kuinka todelliset traumaattiset tapahtumat ovat niihin vaikuttaneet, voi kehitys positiiviseen suuntaan lähteä liikkeelle.”

Kriisitilanne siis palaa mieleen siksi, että yksilön mieli pyrkii kohti tilaa, jossa se voi jatkaa normaalia toimintaansa ja kehitystään. Jos tämän ei anna tapahtua, seuraukset voivat olla vakavia. Tämä ei koske pelkästään vaikeaa traumatisoitumista, vaan esimerkiksi yllättävä irtisanominen voi jäädä vuosiksi pyörimään mieleen. Koska ihmisen fysiologiassa ja psyykkisessä toiminnassa on harvoja täysin turhia toimintoja, on tällä ”märehtimiselläkin” oltava jokin perusteltu tarkoitus. Uskoakseni tarkoitus on se, että asian mieleenpalaaminen ja siihen liittyvä ahdistuksen tunne pakottavat prosessoimaan kokemusta ja siihen liittyviä sisäisiä konflikteja. Sisäiset konfliktit voivat aiheuttaa ”lukkoja mielikuvitukseen ja luovuuteen”, kuten Serenius aiemmassa esimerkissä ilmaisee, mutta niiden uskotaan vaikuttavan myös depression ja muiden mielenterveysongelmien synnyssä. Ihminen siis murehtii menneitä tullakseen eheämmäksi ja välttääkseen sairastumisen. Joskus tämä prosessi muodostuu isommaksi ongelmaksi kuin sen alulle pannut tekijä, ja silloin kaikki pyrkimykset paeta tai kontrolloida tunteita vievät vain syvemmälle ahdistukseen ja epätoivoon.

2.8 Psyykkisen kriisin neuropsykologiset ja fysiologiset vaikutukset ja muistin toiminta

Vielä ei tiedetä läheskään riittävästi siitä, mitä aivoissa ja ruumiissa tapahtuu kriisitilanteessa, mutta joitain mielenkiintoisia tuloksia on viime vuosina saatu. Tutkimukset koskevat lähinnä vakavia traumoja ja PTSD:tä, mutta luultavasti samat ilmiöt vaikuttavat lievempinä lievempiasteisissa kriiseissä. Alla on kuvattu joitakin keskeisiä ilmiöitä.

- Kriisitilanteessa yksilö kokee voimakasta stressiä, ja sen kokemiseen liittyy stressihormonien vapautumista elimistössä. Keskeisimpinä stressihormoneina pidetään adrenaliinia, kortisolia ja noradrenaliinia. Stressihormonit mm. lisäävät syketaajuutta, aineenvaihduntaa, verenpainetta, veren sokeripitoisuutta ja suorituskykyä lyhytkestoisesti (Klabunde, 2008). Lyhytkestoinen ja kohutuullisissa rajoissa pysyvä stressi on usein hyödyllistä esim. fyysisen suorittumisen kannalta. Liiallinen stressi koetaan epämiellyttävänä (= distressi), ja se alentaa toimintakykyä (Selye, 1974). Pitkäkestoinen stressi altistaa useille sairauksille.
- PTSD:n on todettu aiheuttavan toiminnallisia muutoksia aivojen limbisessä järjestelmässä, eli mm. amygdalassa, hippokampuksessa (Liberzon ym, 1999).
- Noradrenaliinin erityksen ja siihen liittyvän amygdalan aktivoitumisen on huomattu parantavan muistin toimintaa stressitilanteissa (McGaugh & Roo-

zendaal, 2002). Emotionaalinen informaatio koodautuu muistiin neutraalia vaivattomammin, ja ehkä tästä syystä monet traumoja kokeneet ihmiset raportoivat hyvin tarkkoja muistikuvia traumatisoivasta tilanteesta. Adolphsin ym. (2005) mukaan amygdala osallistuu aivojen prosessointikapasiteetin ohjaamiseen keskeisiin emotionaalisiin sisältöihin mutta ei spesifeihin muistiedustuksiin. Amygdalan rooli traumamuistojen syntymisessä on tämän tehtävänsä puolesta hyvin keskeinen.

- Traumatisoitumisen yhteydessä puhutaan usein ns. ”valokuvamuistoista”, joilla tarkoitetaan tarkkoja traumatisoivaan tapahtumaan liittyviä muistikuvia. Tutkimustiedon mukaan valokuvamuistoja ei kuitenkaan ole olemassa sellaisessa mielessä kuin yleisesti luullaan. Traumaan liittyvien muistikuvien pysyvyys ei poikkea arkipäiväisiin tapahtumiin liittyvistä muistikuvista. Kuitenkaan traumamuistoihin liittyvät tunteet, muistikuvan elävyys ja yksilön uskomus muistikuvan tarkkuuteen eivät vähene samalla tavalla kuin arkipäiväisissä muistoissa. Yksilö siis luulee muistavansa traumamuiston yksityiskohdat paremmin, koska traumamuiston muut osatekijät hiipuvat normaalimuistojen vastaavia hitaammin (Talarico & Rubin, 2003).
- Toisaalta traumatisoituneilla ihmisillä on usein myös muistivaikeuksia. Tämä saattaa selittyä kortisolin haitallisella vaikutuksella hippokampukseen, joka on muistiin painamisen ja muistista hakemisen kannalta keskeinen aivojen osa. Joillakin PTSD:stä kärsivillä on todettu hippokampuksen pienenemistä (Bremner ym., 1995). Toisaalta pienentyneen hippokampuksen on osoitettu tekevän haavoittuvammaksi psykologiselle traumalle (Gilbertson, ym. 2002). Koska tulokset ovat keskenään osittain ristiriidassa, voidaan todeta, että hippokampuksen rooli traumaperäisten muistiongelmien synnyssä on epäselvä.
- Limbistä järjestelmää lajinkehityksellisesti varhaisempi aivojen alue, jota kutsutaan mm. basaalganglioiksi, on myös tärkeässä roolissa kriisitilanteessa. Tätä aivorungon lähellä sijaitsevaa ns. harmaaseen alueeseen kuuluvaa osaa kutsutaan ”liskoivoiksi” siksi, että se on kehityksellisesti ja evolutiivisesti aivojen vanhinta osaa (Panksepp, 1998). Sen keskeisiin tehtäviin kuuluu mm. suojan hakeminen ja oman hengen suojeleminen. Oletettavaa on, että tämä alue on tärkeässä roolissa erityisesti traumaattisen kriisin sokkivaiheessa.

Käytännön kriisityön kannalta olennaista on ymmärtää, että mitä vakavammasta kriisistä on kyse, sitä suurempia toiminnallisia muutoksia tapahtuu myös aivojen ja ruumiintoimintojen tasolla. Esimerkiksi muistamattomuus helposti ymmärretään torjunnaksi tai dissosiaatioksi mutta sillä voi olla stressiperäinen fysiologinen pohja (vrt. Bremner, 1995), ja silloin ahdistuneisuuden alentaminen tavalla tai toisella olisi ensisijaisempaa kuin vaikkapa torjunnan kanssa työskenteleminen. Toisaalta stressi itsessään voi myös heikentää koodaamista pitkäkestoiseen muistiin. Yksilölliset erot fysiologisissa reaktioissa voivat olla huomattavia. Koska pitkittyneillä traumaoireilla näyttäisi olevan vaikutusta jopa aivojen eri alueiden kokoon, on tärkeää, että vakavasti traumatisoituneet ihmiset saavat riittävän ajoissa hoitoa. Muuten hoidon ennuste huononee.

Voimakkaat fysiologiset reaktiot ja vireystilan vaihtelu voivat aiheuttaa huomattavaa subjektiivista kärsimystä ja häiritä vakavasti unta. Tällaisissa tilanteissa on syytä harkita tilapäistä uni- tai rauhoittavaa lääkitystä. Rauhoittava lääke voi vähentää ahdistuneisuutta ja parantaa unen saantia, mutta se ei hoida varsinaisia traumasäilyttäjiä vaan sen koettuja oireita (Carll ym., 2007). Vaikka lääkityksestä voi olla apua vaikeissa tilanteissa, sosiaalinen tuki, yksilön oma työskentely ja vuorovaikutuksellinen hoito ovat aina ensisijaisia psyykkisessä kriisitilanteessa (vrt. Henriksson & Lönnqvist, 2005). Rauhoittavan tai mielialalääkityksen mahdollisena haittana on myös se, että koska lääke tasaa tunnekokemuksia, psyykkisen kriisin työstäminen voi hidastua.

3 Kriisin vaikutukset toimintakykyyn: suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden malli

Edellä olen kuvannut kriisin syntyä psyykkisen sisällön ja fysiologisten tekijöiden näkökulmasta. Kriisin koettu sisältö ja sen yhdistyminen aiempiin kokemuksiin selittää osaltaan sen, miten voimakas kriisikokemuksesta muodostuu ja miten suuri vaikutus sillä on toimintakykyymme. Kuitenkin lukuisat muut tekijät vaikuttavat myös siihen, miten voimakkaasti reagoimme kriisiin tai muuhun psyykkiseen tai sosiaaliseen vastoinkäymiseen. Ihminen on biopsykososiaalinen olento, jonka yksilöllinen kapasiteetti kestää vastoinkäymisiä ja jonka niistä selviäminen rakentuu lukemattomista erillisistä ja toisiinsa vaikuttavista tekijöistä.

3.1 Haavoittuvuus-stressimalli

Psykiatrian ja systeemiteorian fuusiona syntyneen *haavoittuvuus-stressimallin* (Engel, 1977; Kinderman & Lobban, 2000; de Brujin, 2006) mukaan psyykkiseen sairastumiseen ajatellaan olevan osallisina biologia mm. geneettisten tekijöiden kautta sekä erilaiset ympäristötekijät biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta. Psykiatriassa mallia on käytetty erityisesti skitsofreniaan sairastumisen riskin mallintamisessa. Wahlbergin (2000) mukaan yksilön sairastumisalttiuteen vaikuttavat tekijät voivat olla myös kognitiivisia ja perheen vuorovaikutukseen liittyviä. Haavoittuvuus-stressimalli on joustava viitekehys, johon pystytään integroimaan uusinta tutkimustietoa, ja sitä on mahdollista soveltaa laajasti mielenterveyden alueella. Viime vuosina sitä on sovellettu mm. depression (Abramson ym., 2002) ja ahdistuneisuushäiriöiden (Pynoos ym., 1999) syntyyn vaikuttavien tekijöiden kartoittamiseen. Haavoittuvuus-stressimallista on myös saatu hyviä kokemuksia psykoedukatiivisena työvälineenä erityisesti vakavien mielenterveysongelmien perheterapeuttisessa hoidossa (de Brujin, 2006).

3.2 Suojaavat tekijät, riskitekijät ja selviytymiskykyisyys

Samantyyppistä ajattelutapaa ovat hyödyntäneet kehityksellisestä näkökulmasta Kokko ja Pulkkinen (2000), jotka ovat selvittäneet, minkälaiset *suojaavat tekijät* ovat tukeneet riskiolosuhteissa kasvaneiden lasten myönteistä kehitystä riskeistä huolimatta. Heidän mukaansa lasta suojaavat tekijät ovat ensisijaisesti psykososiaalisia, kuten hyvä vanhemmuus varhaisnuoruudessa, sosiaaliset taidot, vanhempien hyvä keskinäinen suhde ja suhteet lapsiin sekä ylipäätään vahva sosiaalinen pääoma. Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan Bourdieun (1986) mukaan mm. henkilön toimintaa yhteisössä edistäviä sosiaalisia suhteita ja yhteisön jäsenten luottamusta toisiinsa.

Pulkkinen (2002) mukaan ihmistä, joka selviytyy hyvin riskitekijöistä huolimatta suojaavien tekijöiden ansiosta, kutsutaan *selviytymiskykyiseksi* (resilient). Selviytymiskykyisyys rakentuu elämään sisällyvistä riskitekijöistä ja myönteisestä so-

peutumiskyvystä suhteessa niihin (Luthar & Cicchetti, 2000). Lisäksi on syytä erottaa erityiset *voimavaratekijät*, jotka vaikuttavat yksilön kehitykseen myönteisesti muista tekijöistä riippumatta (Pulkkinen, 2002).

Voimavaratekijä voi olla mm. erityislahjakkuus tietyllä alueella. *Riskin ja haavoittuvuustekijän* suhde on erityisen keskeinen epäsuotuisan kehityksen kannalta. Pulkkisen mukaan *”Haavoittuvuus tarkoittaa alttiutta kielteisille vaikutuksille olosuhteissa, joissa riskit ovat muutoinkin suuret. /.../ Kun riskitekijällä on yleinen negatiivinen vaikutus ilmiöön, niin haavoittuvuustekijällä on vähän vaikutusta silloin, kun riski on vähäinen, mutta paljon vaikutusta silloin, kun riski on suuri.”*

3.3 Suojaavat tekijät ja riskitekijät kriisireaktioiden synnyssä

Kaikki ihmiset kohtaavat elämäntilannekriisejä; kuitenkin vain murto-osa hakeutuu kriisiavun piiriin. Ja vaikka 50–90 % ihmisistä kohtaa jonkin traumaattisen tapahtuman elämänsä aikana, vain 8 %:lle kehittyy sen seurauksena posttraumaattinen stressihäiriö (Kessler ym., 1995). Viime vuosina PTSD:n syntyä ennustavien mallien tutkimusnäyttö on osoittanut säännönmukaisesti yhteyksiä erityisesti lapsuusiän traumakokemusten, kroonisten riskitekijöiden ja perheeseen liittyvien stressitekijöiden suhteessa aikuisiän PTSD-alttiuteen (mm. Koenen ym., 2007 & Lapp ym., 2005).

On oletettavaa, että kriisin laukaiseman depression, ahdistuneisuushäiriön tai päihderiippuvuuden synnyssä vaikuttavat samat periaatteet. Tulevaisuudessa saamme varmasti lukea tutkimustuloksia myös epigenetiikan ja PTSD-alttiuden yhteydestä (vrt. Masterpasqua, 2009).

Kriiseihin sovellettuna suojaavien tekijöiden, riskien, voimavaratekijöiden ja haavoittuvuustekijöiden kautta on mahdollista mallintaa sitä, miten voimakas ja pitkäkestoinen kriisin vaikutus on yksilön hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Keskeistä kriiseistä puhuttaessa on ottaa huomioon itse kriisi ja sen ominaispiirteet, sillä kriisitilanne ja yksilön kokemus siitä voidaan nähdä sekä riskitekijöiden että suojaavien tekijöiden kategoriaan kuuluvana. Kriisi voi myös altistaa mm. muille mielenterveysongelmille.

Seuraavassa olen listannut niitä suojaavia tekijöitä ja riskitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa yksilön kokemukseen kriisistä ja toisaalta kriisistä selviytymiseen. Olen jaotellut erilleen yleiset, kriisiin liittyvät ja toisaalta ammattiavusta hyötymiseen ja yksilöpsykologiaan liittyvät suojaavat ja riskitekijät.

3.4 Psyykkisen kriisin vakavuus, kesto ja vaikutukset toimintakykyyn: suojaavat ja riskitekijät

SUOJAAVAT TEKIJÄT

Yleiset suojaavat ja haavoittuvuutta vähentävät tekijät (vrt. esim. Koenen ym., 2007; Luthar & Cicchetti, 2000; Pulkkinen, 2002; Wahlberg, 2000):

- lapsuuden turvalliset kiintymyssuhteet
- perimä
- sosiaalinen tuki
- erityiset voimavaratekijät
- läheiset suhteet
- fyysinen terveys
- tasainen elämäntilanne eli ei erityisiä kuormitustekijöitä.

Kriisiin ja kriisistä selviämiseen liittyvät suojaavat tekijät (esim. Saari, 2002; Cullberg, 1991):

- lievä kriisitilanne, ei hengenvaaraa
- akuutin kriisireaktion kohtuullisuus, psyykkisesti mahdollista käsittää mitä on tapahtunut
- aiemmat onnistuneesti ratkaistut kriisit
- ykköstyypin kriisi tai trauma, eli kriisi ei ole jatkuva tai toistuva
- mahdollinen vaaratilanne on ohi
- tarvittaessa riittävä ammattiapu riittävän pikaisesti
- takentava ja kriisistä selviämistä edistävä toiminta eli ihmisten seuraan (ja mahdollisesti ammattiavun piiriin) hakeutuminen, avoimuus, pyrkimys kohdata vaikeatkin tunteet, aktiivinen käsittely.

Ammattiapuun liittyvät ja yksilöpsykologiset suojaavat tekijät (vrt. esim. Safran & Muran, 2000; Bateman & Fonagy, 2004; Saari, 2002; Meronen, 2004; Lambert, 2008; tämä tutkimus):

- hyvälaatuinen yhteistyösuhde
- työntekijän koulutus, työkokemus ja luottamus käyttämäänsä lähestymistapaan
- luottamus työntekijää ja yleisesti ammattiauttajia kohtaan
- lähipiirin hyväksyvä asenne suhteessa ammattiapuun
- itseluottamus & realistinen, vakaa itsetunto
- hyvät ongelmanratkaisutaidot, kyky harkita ennen kuin toimii
- yleiset hyvät valmiudet hyötyä ammattiavusta: affektienhallinta, riittävät reflektio-, verbalisointi- ja mentalisointikyvyt, joustavat puolustusmekanismit ja selviytymiskeinot, riittävän hyvä kognitiivinen kapasiteetti, riittävä avoimuus, persoonallisuuden ja identiteetin tasapainoisuus, minäkuvan eheys.

RISKITEKIJÄT

Yleiset riskit ja haavoittuvuutta lisäävät tekijät (vrt. esim. Koenen ym., 2007; Luthar & Cicchetti, 2000; Pulkkinen, 2002; Wahlberg, 2000; Lapp ym., 2005; Masterpasqua, 2009; Stern, 2000):

- varhaisen hoivan heikko laatu ja turvaton kiintymyssuhde
- aiempi mielenterveysongelmahistoria
- elämäntilanteeseen liittyvä haavoittuvuus (mm. vaikea elämäntilanne, yleinen kuormittuneisuus)
- perimä: mm. temperamentti ja sukusolujen kautta periytyvät epigeneettiset muutokset
- somaattiset sairaudet
- yksinäisyys, ongelmat sosiaalisissa suhteissa
- vähäinen sosiaalinen pääoma
- vähäinen koulutus ja heikko sosioekonominen asema
- vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat
- tietyt asuinalueet ja ammattialat
- päihteet ja elämänhallinnan ongelmat.

Kriisiin ja kriisistä selviämiseen liittyvät riskit (esim. Saari, 2002; Cullberg, 1991):

- kriisitilanteen vakavuus, hengenvaara, aistialtistus traumatisoivassa tilanteessa
- useiden kriisien samanaikaisuus, kakkostyyppin trauma
- aiemmat traumakokemukset ja ratkaisemattomat kriisit, kriisien kasautuminen
- toisaalta se, ettei ole kohdannut yhtään isompaa vastoinkäymistä elämänsä aikana
- kriisireaktion vakavuus, voimakas dissosiaatio
- tilanteen jatkuminen uhkaavana
- tilanteen yllättävyys ja ennakoimattomuus
- linkittyminen varhaisiin traumoihin
- ratkaisematon tai käynnissä oleva kehityskriisi
- harkitsematon, impulsiivinen toiminta kriisitilanteessa (esim. väkivaltaisuus, itsetuhoisuus)
- vetäytyminen kontakteista, lukkiutuminen, asian sulkeminen pois mielestä.

Ammattiapuun ja yksilöpsykologiseen tasoon liittyvät riskit (esim. Safran & Muran, 2000; Bateman & Fonagy; 2004, Saari, 2002; Lambert, 2008; Meronen, 2004; tämä tutkimus):

- asiakkaan epäluottamus ammattiauttajia kohtaan
- lähipiirin negatiivinen asenne suhteessa ammattiapuun
- avunsaannin viivästyminen & riittämätön käyntimäärä tai liian harvoin toteutuvat käynnit

- huonolaatuinen yhteistyösuhde
- työntekijän kouluttamattomuus ja kokemattomuus
- liiallinen kiirehtiminen puolin tai toisin
- jäykkä ongelmanratkaisu, impulsiivisuus
- yleiset heikot edellytykset hyötyä ammattiavusta: affektienhallinnan ongelmat, reflektio-, mentalisaatio- ja verbalisointikyvyn ongelmat, yleinen heikko kognitiivinen kapasiteetti, tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn ongelmat, voimakkaat defensiiviset reaktiot suhteessa työntekijään tai muihin ihmisiin, avoimuuden puute, persoonallisuuden ja identiteetin epävakaus, minäkuvan hajanaisuus, primitiiviset ja joustamattomat psyykkiset puolustusmekanismit, epäadaptiiviset selviytymiskeinot ym.

Edellä kuvatun pohjalta voidaan luonnostella kriisistä selviytymisen ”kaava”:

Kriisitilanteen koettu vakavuus
+ yksilölliset suojaavat ominaisuudet ja selviytymiskykyisyys
+ yksilölliset riski- ja haavoittuvuustekijät
+ yksilön tekemät tulkinnat ja ratkaisut sekä toiminta tilanteessa
+ saatavilla oleva tuki
= kriisin aikaansaama subjektiivinen kärsimys, vaikutukset toimintakykyyn ja kesto

4 Kriisistä selviytyminen prosessina: vaihemalli ja kriisityöntekijän tehtävät

4.1 Psyykkisen kriisin vaiheet

Suomessa on psyykkisen kriisin jäsentämisessä laajalti käytössä alun perin Cullbergin (1991) muotoilema ja Saaren (2002) useassa yhteydessä tunnetuksi tekemä kriisien vaihemalli. Malli auttaa työntekijää jäsentämään, missä kohdassa asiakas on kriisin käsittelyprosessissa, ja sitä voidaan käyttää myös psykoedukaatiivisena menetelmänä, joka auttaa asiakasta jäsentämään tilannettaan. Mallissa on neljä vaihetta, ja joskus näkee myös lisättävän ensimmäiseksi vaiheeksi *ennakointivaiheen*, mikäli kriisissä on joitakin ennusmerkkejä.

- (Ennakointivaihe): "Tiesinhän minä, että jotain pahaa tulee tapahtumaan"
 - Esimerkiksi avioeroa edeltävä perhekriisi, epävakaa poliittinen tilanne tms., joka on nostanut stressitasoa ja luonut uhkaavia mielikuvia jo ennen varsinaista kriisiä.
- Sökkivaihe: "Silloin maailmani pysähtyi"
 - Lyhykestoinen vaihe, jossa pääasiana on omasta ja muiden turvallisuudesta huolehtiminen. Sökkia voisi kutsua "puoli-automaattiseksi" psyykkiseksi tilaksi, johon liittyy poikkeavaa aivotoimintaa.
- Reaktiovaihe: "Olen kuin vuoristoradassa"
 - Yleensä muutamia viikkoja kestävä tila, jossa pääosassa ovat voimakas tunnetason prosessointi ja yleinen voinnin aaltoilevuus. Tunnetilat voivat vaihdella nopeastikin pelosta epätoivoon, vihaan, menetykseen ym. Voimakkaat psykosomaattiset reaktiot ovat mahdollisia. Reaktiovaihe voi luokitua, mikä tarkoittaa samaa asiaa kuin PTSD (Saari, 2002). Reaktiovaiheessa asiakas on yleensä työkyvytön.
- Työstämis- ja käsittelyvaihe: "Tämä tapahtuma muutti elämäni"
 - Reaktiovaihetta seuraava vaihe, jossa pääpaino siirtyy emotionaalisesta prosessoinnista kognitiivisen tason työskentelyyn. Tyypillisesti tässä vaiheessa yksilö arvioi tilannetta eri näkökulmista ja pohtii mm. tapahtuneen vaikutuksia omaan ja läheistensä elämään. Ajoittaiset voimakkaat tunne-reaktiot, univaikeudet ym. voivat olla mahdollisia, mutta vointi ja toimintakyky ovat yleisesti paremmat kuin reaktiovaiheessa. Toimintakyky on alentunut, mutta työkykyisyys on palautumassa tai osittain palautunut.
- Uudelleen orientoitumisen vaihe: "Ensi kuussa ajateltiin lähteä matkalle"
 - Tässä vaiheessa aktiivinen kriisin työstäminen rauhoittuu ja isoimmat tapahtuneeseen liittyvät kysymykset ja psyykkiset ristiriidat on saatu käsiteltyksi. Työntekijä huomaa tähän vaiheeseen siirtymisen usein ulkoisesta muutoksesta tai siitä, että tulevaisuusdimensio tulee mukaan keskusteluihin. Uudelleen orientoitumisen vaiheessa yksilö palaa takaisin normaalielämäänsä, johon tapahtunut voi vielä vaikuttaa mutta jota se ei määrittele.

Henkilökohtaisessa työssäni käytän puoliksi vitsillä ns. kampaaja-indeksiä toipumisen seuraamisessa. Kun asiakas on käynyt kampaajalla tai parturissa, voin olla melko varma siitä, että hän on päässyt intensiivisimmän työskentelyvaiheen ylitse.

Vaihemallin soveltamisessa omaan työhön on hyvä muistaa, että se on vain malli eikä kenenkään asiakkaan kriisiprosessi etene *juuri* tällä tavalla. Kuitenkin kriisityötä tekevien ammattilaisten yleinen kokemus on se, että vaiheet ovat yleensä nähtävissä ja erotettavissakin toisistaan. Palaamiset aiempaan vaiheeseen ovat mahdollisia mm. tilanteen jatkumisen tai uusien kriisien vaikutuksesta.

4.2 Miten kriisityöntekijä voi auttaa eri vaiheissa?

Kriisityöntekijän perustehtävä on muodostaa turvallinen yhteistyösuhde, olla läsnä, auttaa jakamaan pelottavia kokemuksia, kuunnella ja kysellä. Kriisityöntekijä auttaa asiakasta kestämään liian isolta tuntuvia tunteita ja osoittaa omalla rauhallisuudellaan ja empaattisuudellaan, että vaikeistakin asioista on mahdollista puhua. Työntekijä voi toimia ”säiliönä” asiakkaan tunteille ja palauttaa ne työstetyssä muodossa asiakkaalle (*containing function*; Bion, 1963), jolloin niistä tulee ymmärrettäviä ja asiakas saa kokemuksen kannatelluksi tulemisesta.

Sokkivaiheessa olevia asiakkaita harvemmin näkee kriisikeskuksissa tai muissa tavanomaista ammatillista kriisityötä tarjoavissa yksiköissä. Sokkivaihe on useimmiten niin lyhytkestoinen, että se koetaan itse kriisitilanteessa ja siinä tukevat ympärillä olevat ihmiset. Elämäntilannekriiseihin ei yleensä sisälly varsinaista sokkivaihetta. Katastrofipsykologian parissa työskentelevät voivat olla tekemisissä päiväkausia jatkuvassa sokissa olevien ihmisten kanssa. Keskeisiä tehtäviä ovat vakauttaminen, perusasioista huolehtiminen ja lisävahingon syntymisen estäminen.

Reaktiovaiheessa oleva asiakas hyötyy siitä, että hän saa turvallisessa yhteistyössä purkaa kokemuksiaan ja käydä läpi suuriakin tunteita. Työskentelyssä on hyvä käydä läpi tapahtunut mahdollisimman yksityiskohtaisesti, ajatuksia ja tunteita nimeten. Työntekijä voi toimia vakauttavana elementtinä suurten tunnepurkausten kohdalla tai toisaalta rohkaista asiakasta puhumaan tunteistaan, mikäli tämä pyrkii voimakkaasti älyllistämään tms. Voimakkaatkin psyykkiset puolustusreaktiot ovat mahdollisia. Samalla työntekijä normalisoi ja validoi asiakkaan kokemuksen ja osoittaa kaikella toiminnallaan, että asiakkaan mahdollisesti ”hulluina” pitämät reaktiot ovat poikkeuksellisessa tilanteessa normaaleja ja ymmärrettäviä.

Kovin syvällinen asioiden tutkiskelu ei onnistu reaktiovaiheessa olevan ihmisen kanssa, ja siksi työntekijältä vaaditaan myös kärsivällisyyttä. Empatiakyvyt ovat työntekijän taidoista keskeisimpiä tässä vaiheessa. Työntekijä pyrkii toiminnallaan tukemaan asiakkaan omia paranemismahdollisuuksia (Cullberg, 1991). Reaktiovaiheessa työntekijällä riittää tekemistä omien vastatunteidensa sietämisen

kanssa, ja tärkeää on, ettei työntekijä pura kaikkea ahdistustaan toimintaan, ts. ratkaisukeskeisyyteen, lomakkeiden ja erilaisten tehtävien teettämiseen tms., vaan pyrkii kestämaan tunteet yhdessä asiakkaan kanssa.

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa tilanne on rauhoittunut siinä määrin, että asiakas voi käsitellä mm. tapahtuneen merkitystä itselleen, minäkuvansa ja maailmankuvansa muutosta. Tässä vaiheessa työntekijä voi vapaammin myös esittää tulkintoja ja keskustella syvällisemmin asiakkaan kanssa. Toipumista estävät psyykkiset ristiriidat ja vaikeasti kohdattavat kysymykset tulevat usein esiin tässä vaiheessa, ja niiden nostaminen keskusteluun ja kohtaaminen asettavat eniten vaatimuksia työntekijän ammattitaidolle. Keskustelu voi ohjautua akuutista tilanteesta aiempaan elämänhistoriaan, ja joskus on tärkeää käsitellä aiempia vaikeita kokemuksia, jotta ajankohtaisesta tilanteesta voidaan selvitä (vrt. Saari, 2002; Laine, 2007). Työntekijän on hyvä olla ”kuulolla” ja pyrkiä huomaamaan asiat, joita asiakas välttelee tai joiden kohdalla keskustelun sävy muuttuu. Ne voivat olla onnistuneen käsittelyn kannalta keskeisiä kohtia (Safran & Muran, 2000). Työntekijän kannattaa kysyä itseltään ja asiakkaaltaan, onko hänen mielestään tapahtunut keskusteltu riittävän laajasti vai onko joku osa siitä vielä kertomatta tai jäänyt vain pinnalliselle käsittelylle.

Uudelleen orientoitumisen vaiheessa akuutin kriisin käsittely jää taka-alalle ja asiakkaan on mahdollista arvioida uudessa tilanteessa sitä, millaista hänen elämänsä tulee jatkossa olemaan ja miten tapahtunut tulee vaikuttamaan siihen. Työntekijän tehtävä on arvioida, voidaanko käynnit lopettaa ja onko asiakas riittävän hyvin toipunut tapahtuneesta. Jos kriisin käsittely on jäänyt puolitiehen ja osa keskeisistä asioista on käsitelty vain pintapuolisesti tai älyllisesti, asiakas voi vaikuttaa ”muka” toipuneelta mutta voi kriisiytyä tai uupua uudelleen esimerkiksi töihin palatessaan.

4.3 Mitä kriisityötä tekevältä edellytetään?

Kriisityötä tekee Suomessa hyvin heterogeeninen joukko eri alojen ammattilaisia. Terveyskeskuksissa kriisipotilaita ottavat vastaan sairaanhoitajat, psykologit, lääkärin ja lähihoitajat ja kriisikeskuksissa myös ei-terveydenhuollollisen peruskoulutuksen omaavat työntekijät, kuten sosiaalityöntekijät ja sosionomit. Kunnallisella sosiaalisektorilla työskentelevät kohtaavat työssään usein kriisitilanteita, vaikka heidän ensisijainen työtehtävänsä ei olekaan hoidollinen vaan kokonaisvaltainen psykososiaalinen tukeminen.

Joissakin kriisikeskuksissa akuutissakin kriisityössä ovat mukana vapaaehtoiset, joilla ei ole virallista alan koulutusta ja kriisipuhelimeen vastaavat lähinnä vapaaehtoiset. Erityisyksiköissä, kuten erikoissairaanhoidon psykiatrian yksiköissä, Traumaterapiakeskuksissa ja yksityissektorilla kriisiterapiaa tarjoavat mm. eri oppisuuntauksia edustavat psykologin tai muun soveltuvan pohjakoulutuksen omaavat psykoterapeutit ja erityisesti trauma- ja kriisipsykoterapiaan erikoistu-

neet psykoterapeutit sekä psykiatrit, joilla voi olla myös psykoterapeutin pätevyys. Lisäksi monet kriisejä kokeneet hakevat lohtua vaihtoehtoisista hoidoista. Koska kriisityön kenttä on näin värikäs, on aiheellista kysyä, kuka kriisityötä voi tehdä.

4.3.1 Koulutuksen tärkeys

Koska useat kriisin kokeneet ihmiset saavat riittävän sosiaalisen tuen läheisiltään, olisi elitististä väittää, että kaikki kriisin kohdanneet tarvitsevat alan erityiskoulutuksen saaneen ammattilaisen tarjoamaa apua. Useimmat ihmiset selviävät elämäkriiseistä oman psyykkisen kapasiteettinsa ja läheistensä tuen avulla, ja jotkut selviävät myös traumaattisista kriiseistä näillä resursseilla. Vapaaehtoiset voivat myös tarjota hyvän kuuntelijan tai olkapään sitä tarvitsevalle. Tätä ei kuitenkaan pidä tulkita niin, että kriisityötä voisi tehdä työkseen ilman alan koulutusta. Cullbergin (1991) mukaan *”työntekijä, joka työssään usein kohtaa kriisitilanteessa olevia ihmisiä sortuu latistamiseen ja huonoa ammattitaitoa osoittaviin oirekeskeisiin toimenpiteisiin, mikäli häneltä puuttuvat ne teoreettiset perusteet, jotka ovat tarpeen, jotta hän saisi kokemuksilleen asialliset viitekehykset ja voisi niiden puitteissa kehittää taitoaan”*. Tähän voisi lisätä ainakin sen, että ilman riittäviä valmiuksia käsitteellistää ja säädellä ammatillisesti etäisyyttään asiakkaan kokemukseen työntekijällä on suuri riski uppoutua liiaksi asiakkaan kokemukseen ja kokea sijaistraumatisoitumista tai myötätuntouppumusta.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa kriisikeskusasiakkaista saa riittävän avun 5–10 käynnin jaksosta, jossa työntekijä on supportiivinen, kuunteleva, jäsentävä ja empaattinen. Tämän toteuttamiseen ei mielestäni tarvita erityispätevyyttä vaan terveydenhuollon- tai sosiaalialan tasokas peruskoulutus yhdistettynä hyvin toimivaan työyhteisöön ja työnohjaukseen riittävät. Tutkimusraportin tulokset osoittavat myös, ettei eri ammattikuntien välillä ole suuria eroja peruskriisikeskustyön tuloksellisuudessa. Tuloksiin kuitenkin vaikuttaa se, että yleensä kaikkein kokeneimmille ja koulutetuimmille työntekijöille ohjautuvat vaikeimmassa tilanteessa olevat asiakkaat eli vaikean traumaattisen kriisin kokeneet. Luonteva käytäntö onkin, että mitä haastavammasta tilanteesta on kyse, sitä ammattitaitoisemmalle työntekijälle asiakas ohjataan ja sitä enemmän työskentelylle varataan aikaa (työntekijän jaksamisen resurssit muistaen).

Lisäksi on mainittava, että mikään systemaattinen työntekijöihin liittyvä tekijä, kuten koulutus tai työkokemus, ei ole läheskään niin merkittävä kuin työntekijöiden väliset yksilölliset erot (tämä tutkimus; Lambert, 2008). Toisin sanoen, osa kriisityöntekijöistä tekee erittäin tuloksellista työtä ja toisilla tulokset ovat vaatimattomampia. Tämä aihe on sen verran arka, että sitä on yllättävän vähän sivuttu terapiatutkimuksen kentässä kansainvälisestikin.

4.3.2 Pidempää terapiaa?

Kriisikeskuksissa on harvoin mahdollista tarjota pitkää käyntijaksoa, joten vaikeasti traumatisoituneiden kohdalla olisi hyvä arvioida heti alussa, olisiko parempi ohjata asiakas esimerkiksi mielenterveystoimistoon tai psykiatrin arviointijakson kautta Kelan tukemaan psykoterapiaan.

Yleisesti voitaisiin sanoa, että elämäntilannekriisit ja kehityskriisit, jotka eivät laukaise muita laajoja ongelmia, voidaan hoitaa kriisikeskuksessa tai perusterveydenhuollossa. Ykköstyypin traumaattinen kriisi voidaan hoitaa kriisikeskuksessa asiantuntevan työntekijän toimesta, mikäli käyntimäärää ei ole tiukasti rajattu ja trauma ei laukaise muita vaikeita mielenterveysongelmia. Mutta mitä monimutkaisempi tilanne on, mitä pitkäkestoisempia oireet ovat ja mitä enemmän yksilö tuntuu tarvitsevan jatkuvaa tukea, sitä suuremmalla syyllä kannattaa jo varhaisessa vaiheessa harkita ohjaamista pitkäkestoiseen psykoterapiaan ja/tai erikoissairaanhoidon piiriin.

4.3.3 Perusvaatimukset työntekijälle

Cullbergin (1991) mukaan kriisityötä tekevällä tulisi olla kolme perusominaisuutta:

- psykologisten ja sosiaalisten ongelmien tuntemusta
- empatiakykyä
- itsetuntemusta.

Hyväksi työntekijäksi ei synnytä, ja kriisityöntekijät ovat itsekin sitä mieltä (ks. tämä tutkimus), että koulutus ja työkokemus ovat heidän ammattitaitonsa kannalta tärkeimmät ominaisuudet. Onneksi kaikkia mainittuja perustaitoja voi opetella.

Kriisityön ammattilaisilla, kuten kaikilla keskusteluterapiatyypeistä työtä tekevillä, on taipumus ylikorostaa omaa panostaan yksilön selviytymisessä ja vähätellä muiden tekijöiden vaikutusta (Lambert, 2008). Wampoldin (2001) mukaan yksilön selviytymisessä psyykkisistä ongelmista (psyko)terapeutin käyttämällä menetelmillä on vain suhteellisen pieni rooli ja paljon suurempi merkitys on mm. terapian ns. yleisillä tekijöillä, kuten yhteistyösuhteella, sekä yksilön muilla elämäntapahatumilla. Tämä ei tarkoita sitä, ettei ihmisiä tarvitsisi auttaa, sillä etenkin kriisityössä työntekijä kykenee usein auttamaan yksilön lukkiutuneen ongelmatilanteen ylitse. Haluan kuitenkin korostaa sitä, että työntekijän on tärkeää nähdä itsensä vain yhtenä osana yksilön kokonaiselämäntilannetta sekä pysyä tietoisena muilla alueilla tapahtuvista muutoksista. Suojaavien ja riskitekijöiden näkökulmasta käynnit kriisikeskuksessa voidaan nähdä tilapäisenä ”punteja tasaavana” suojaavana tekijänä tilanteessa, jossa riskitekijät ovat voimistuneet.

Tässä luvussa on esitetty runsaasti erilaisia teorioita, jotka liittyvät psyykkisen kriisin ymmärtämiseen. Kaikkien teorioiden tunteminen ei ole välttämätöntä, mut-

ta ainakin jokin toimiva työskentelymalli täytyy olla, ettei työntekijä huku asioihin, omiin vastatunteisiinsa ja kadota ammatillisuuttaan. Kriisityöntekijä saa jatkuvasti taiteilla liiallisen ja liian vähäisen identifioitumisen välillä suhteessa asiakkaan tilanteeseen (Cullberg, 1991). Tässä etäisyyden säätelyssä auttavat koulutuksen mukanaan tuoma kyky käsitteellistää tilannetta, työkokemuksen tuoma ymmärrys vuorovaikutuksellisen yhteistyön toiminnasta ja omasta roolista siinä sekä työntekijän itsetuntemus. Oma itsetuntemusta voi kehittää mm. käymällä oman psykoterapian, mitä suosittelenkin kaikille kriisityötä tekeville.

4.3.4 Manualisoitu kriisiterapia

Terapiakoulukuntien piirissä on kehitetty manuaaleja eli käsikirjoja, joiden mukaan terapioita on tarkoitus toteuttaa. Joistakin manualisoiduista kriisihoidomenetelmistä on saatu viime vuosina hyviä tuloksia, kuten *CISM*-menetelmästä (mm. Everly ym., 2004), *EMDR*:stä (mm. Shapiro, 1995) ja *Prolonged exposure*sta (Foa ym., 2005). Menetelmien keskinäiset tuloksellisuuserot eivät ole huomattavia eivätkä eroa oleellisesti muista useista tapaamisista käsittävistä menetelmistä (Sherman, 1998). Siitä huolimatta nopean tiedonvälityksen, Käypä hoito -suositusten ja näyttöön perustuvan terveydenhuollon aikakaudella manualisoidut terapiat ymmärrettävästi kasvattavat suosiotaan.

Tuloksellisuustutkimusten perusteella voidaan todeta, että manualisoidut menetelmät soveltuvat keskimääräisen kriisi asiakkaan auttamiseen. Manuaalien käyttämiseen kaikessa terapiatyypissä työssä sisältyy kuitenkin useita haasteita, koska työ on luonteeltaan vuorovaikutteista ja asiakkaan yksilöllisyyden mukaan jatkuvasti muuttuvaa.

Manuaalin mukaan etenemisen yhtenä riskinä on, ettei työntekijä uskalla muuttaa toimintaansa, vaikka työskentely ei etenisi tai asiakas ei kokisi hyötyvänsä siitä. Toinen keskeinen manualisoidun terapian haaste on hoidon keston määrittely. Manuaaleissa hoidon kesto on usein rajattu mutta etukäteen ei voida tietää, miten pitkään tietty yksilö tarvitsee apua (Stratton, 2007).

Manualisoitu terapiamuoto on helpompi kouluttaa työntekijöille kuin sopimuksenvaraiseen ja vaihtelevaan käytäntöön ja mahdollisesti monimutkaiseen teoriapohjaan perustuva menetelmä. Kuitenkin koulutuksessa olisi huomioitava se, että menetelmän opittuaan työntekijä pyrkisi vastavuoroisuuteen ja joustavuuteen käytännön työssään eikä pyrkisi unohtamaan aiemmin oppimaansa. Esimerkiksi psykoedukaatio on hyödyllistä kriisin kohdanneelle ihmiselle, koska useilla on reaktiovaiheessa ”sekoamisen” pelko voimakkaiden oireiden vuoksi ja tällainen yksilö voi hyötyä sen kuulemisesta, että oireet kuuluvat asiaan. Mutta jos työntekijä vain luettelee tietoa asiakkaalle ensitapaamisella, koska manuaalissa sanotaan niin, ei asiakas voi hyödyntää saamaansa tietoa, koska ajoitus on todennäköisesti pielessä (Safran & Muran, 2000) eikä informaatio varmaankaan vastaa

4.4 Työntekijän peukalosäännöt

Alla on esitetty tämän luvun sisällön pohjalta ehdotus työtä helpottaviksi peukalosäännöiksi kriisityöntekijälle.

1. Muodosta riittävän turvallinen yhteistyösuhde.
 - Anna suhteen muodostumiselle aikaa.
 - Pyri keskustelemaan asiakkaan kanssa avoimen luontevasti, tutkivan yhteistyön hengessä. Pitkittyneet hiljaisuudet tai turha virallisuus eivät edistä toimivaa yhteistyötä.
2. Rajaa työskentelyä, sovi tehtävistä ja tavoitteista ja varaa riittävästi aikaa.
 - Ajalliset ja ammatilliset rajat luovat struktuuria ja turvallisuutta.
 - Tehtävistä ja tavoitteista sopiminen helpottaa asiakkaan oloa, kun hän oppii samalla, että asiaa on mahdollista jäsentää.
 - Pääsääntöisesti kaikki useita tapaamisia sisältävät kriisi-interventiot ovat tuloksellisia.
3. Keskity olennaiseen.
 - Kriisityö on tuloksellista vain silloin, kun kriisi on työskentelyn keskiössä. Kriisiin liittyvien psyykkisten konfliktien ratkaisemiseksi on tarpeellista liikkua aiheen ympärillä laajaltikin, mutta keskustelu on aina syytä palauttaa kriisitilanteeseen.
4. Ole selvillä siitä, mitä olette tekemässä.
 - Onko kyse vakauttamisesta, validoinnista, tunteiden tai kognition houkuttelemisesta mukaan työskentelyyn vai integraatiosta? Vaihemalli on tässä apuna.
 - Kysele asiakkaalta avoimesti, mitä mieltä hän on työskentelystä. Vaadi palautetta. Et voi muuttaa toimintaasi oikeaan suuntaan, jos et tiedä meneväsi harhaan.
5. Ole inhimillinen ja empaattinen mutta säilytä ammatillisuutesi.
 - Inhimillisuus on avoimuutta, ammatillisuus on turvallisuutta.
 - Tunteiden kokeminen ja niistä puhuminen ovat eri asia kuin tunteissa velominen. Tunteiden ohjatessa työskentelyä työntekijä on kadottanut ammatillisuutensa. Tilanteen purkaminen esimerkiksi työnohjauksessa auttaa ammatillisuuden palauttamisessa.
 - Empatiataitoja voi opetella. Jos et ymmärrä miltä asiakkaasta tuntuu ja pysy välittämään tätä ymmärrystä hänelle, työskentely voi jäädä vaillinaiseksi.
 - Kysy itseltäsi, miten voisit saada itsesi tuntemaan myötätuntoa asiakasta kohtaan. Joudut tasapainoilemaan välttelynhalun ja auttamisenhalun välimaastossa.

6. Kuuntele ja kysele.

- Tärkein tehtäväsi on olla olemassa ja kuunnella. Asiakas tunnistaa aktiivisen kuuntelun eikä odota sinulta jatkuvasti kommentteja. Reaktiovaiheessa rohkaise asiakasta puhumaan mutta älä painosta. Aktiivisuus on hyväksi, mutta asiakkaan pitäisi puhua enemmän kuin työntekijän.
- Työskentely- ja uudelleensuuntautumisen vaiheissa kysy kysymyksiä, jotka pakottavat asiakkaan prosessoimaan omaa ja muiden mieltä (so. sokraattisia ja mentalisaatioon houkuttelevia kysymyksiä).

7. Opettele sietämään omaa ahdistustasi.

- Toiminnan tarve, lukuisat interventiot, jatkuva kyselylomakkeiden käyttö, halu keskeyttää yhteistyö ja negatiiviset tunteet asiakasta kohtaan voivat olla merkkejä omasta ahdistuksesta. Mieti, miten saisit itseesi ja työviikkoosi tilaa kyseisen asiakkaan tunteille ja ongelmille. Puhu vastatunteistasi työhönsäilyksessä.

8. Mieti, oppiiko asiakas jotain.

- Jos asiakas vain purkaa pahaa oloaan mutta ei opi itse auttamaan itseään, hän on seuraavassa kriisitilanteessa aivan yhtä avuton. Omalla esimerkilläsi, kysymyksilläsi ja tulkinnoillasi opetat asiakasta havainnoimaan itseään ja jäsentämään sisäistä maailmaansa. Se, mitä sisällöllisesti sanot, ei ole välttämättä niin tärkeää kuin se, että opetat prosessin asiakkaalle.

9. Anna tiedostamattoman tulla mukaan työskentelyyn.

- Lyhyessäkin yhteistyössä tiedostamaton on jatkuvasti läsnä. Se esittäytyy mm. asiakkaan kuvaamina unina ja lyhyinä muistivälähdyksinä aiemmasta elämästä. Tiedostamaton ei ole mitään mystistä ja tavoittamatonta vaan jatkuvasti mukana oleva asiakkaan mielen alue, joka pyrkii edesauttamaan integraatiota ja säilyttämään jatkuvuuden kokemuksen. Tavallisuudesta poikkeavat unet ym. voivat tuntua pelottavilta, ja työntekijän on hyvä normalisoida kokemuksia asiakkaalle sekä osoittaa niiden mahdollinen hyöty toipumisen edistäjinä.

10. Yhteistyön ongelmat voivat olla informatiivisia.

- Kriisityössä voi tulla vaiheita, jolloin asiakas vetäytyy tai jättää tulematta vastaanotolle. Myös itsessäsi voi herätä halu keskeyttää työskentely tai vaihtaa aihetta. Tämä voi viestiä mm. siitä, että lähestytään vaikeaa asiaa, jonka käsittely kuitenkin on välttämätöntä kriisin riittävälle työstämiselle. Ota yhteistyösuhteen ongelmat puheeksi asiakkaan kanssa ja pyri tutkivan yhteistyön hengessä palauttamaan hänet ”saman pöydän ääreen”.

11. Pysy tietoisena siitä, mitä asiakkaan elämässä tapahtuu.

- Ammatillinen kriisiapu on vain osa asiakkaan elämää, ja sen tavoitteena on mahdollistaa luonnollisen toipumisprosessin eteneminen. Muutokset työ-

elämässä, parisuhteessa ym. voivat vaikuttaa vointiin suuntaan tai toiseen huomattavasti enemmän kuin kriisityön tapahtumat.

12. Huolehdi osaamisesi ylläpitämisestä ja kehittämisestä.

- Riittävä koulutus, toimiva työyhteisö ja työnohjaus ovat välttämättömiä tekijöitä kriisityöntekijän työssä. Pidä huoli osaamisesi päivittämisestä ja keskity niille alueille, joihin tunnet mielenkiintoa. Pidä huoli siitä, että myös työnantajasi ymmärtää jatkuvan kouluttautumisen tärkeyden. Kaikenlaiset kehittämis- ja kokeiluhankkeet ja työhön liittyvät tutkimukset avaavat uusia näkökulmia ja lisäävät ymmärrystäsi omasta työstäsi. Kannattaa siis lähteä rohkeasti mukaan uusiin hankkeisiin.

13. Perusasioista pitää huolehtia.

- Riittävä uni, syöminen ym. ovat onnistuneen toipumisprosessin etenemisen edellytyksiä. Jos henkilö nukkuu kaksi–kolme tuntia yössä, ei keskusteluvasta ole mitään hyötyä, ja silloin ensisijainen asia on unen palauttaminen normaaliksi. Useilla henkilöillä on pelkoja ja negatiivisia asenteita lääkkeitä kohtaan, mikä on ymmärrettävää ja osoitus siitä, että henkilö uskoo selviävänsä ilman kemiallista apua. Työntekijän tehtävä ei ole yleensä antaa suoria ohjeita asiakkailleen, mutta on myös tilanteita, joissa on syytä suosittelaa asiakkaalle yhteydenottoa lääkäriin tilapäistä nukahtamislääkitystä tai sairauslomaa varten, vaikka asiakas itse sitä epäröisi. Tällaisen kannanoton voi tehdä vain syvällisen harkinnan jälkeen, ja sen motiivina voi olla ainoastaan toipumisen mahdollistuminen. Traumaperäisessä psyykkisessä kriisissä olevan henkilön tukemiseen ja psykososiaalisen tuen järjestämiseen liittyviä ohjeistuksia löytyy mm. traumareaktioita koskevasta Käypä hoito -suosituksesta (www.kaypahoito.fi).

14. Houkuttele keskusteluun ihmisen eri puolia.

- Kriisissä olevan ihmisen kanssa työskennellessä on hyvä muistaa, ettei työskentele vain yhden persoonallisuuden puolen kanssa. Jos asiakas esimerkiksi esittelee työntekijälle vain pärjäävimman puolensa, on tarpeen houkutellessa keskusteluun myös muita puolia (tai positioita) hänestä, koska traumaattisen tapahtuman kokijana tuskin on ollut hänen pärjäävä minänsä. Tällaisen keskustelun voi käytännössä käydä itsen liittyvien tunteiden kautta esimerkiksi kysymyksillä *”Millaiseksi tunsit itsesi siinä tilanteessa?”*, *”Oletko joskus aiemmassa elämässäsi tuntenut samoin?”*

15. Mihin osui?

- Käytännön peukalosääntönä on hyvä miettiä sitä, *”mihin kriisi osui?”*, toisin sanoen mikä osa yksilön psyykestä vahingoittui tai kyseenalaistui. Tyypillisiä kriisitilanteessa vahingoittuvia yksittäisiä uskomuksia ovat mm. *kuva itsestä pystyvänä, käsitys maailmasta turvallisena ja oletus elämän oikeudenmukaisuudesta*. Regressioprofiliaajattelun mukaisesti voisi myös esittää,

että on kriisi minkälainen hyvänsä, se aktivoi juuri kyseiselle yksilölle kokemuksia.

Peukalosääntöjen lähteet:

Safran & Muran (2000); Bateman & Fonagy (2004); Ryle, A. & Fawkes, L. (2006); Stratton (2007); Saari (2002); Käypä hoito-suositus (2009).

IV Kriisikeskuksen päivä

Roope Kankaanranta

Vastaanottotyöntekijä saapuu työntekijöistä ensimmäisenä Yliopistonkadulla sijaitsevaan Turun kriisikeskukseen hieman kello kahdeksan jälkeen aamulla. Sisään tullessaan hän näppäilee murtohälytyksen purkukoodin, sitten keittää pannullisen kahvia, tarkistaa sähköpostin ja kuuntelee edellisen illan tai yön aikana puhelinvastaajaan jätetyt viestit. Viestejä on kolme, kaksi asiallista yhteydenotto-pyyntöä ja viesti, josta on soittajan ilmeisen päihtymys- tai sekavuustilan takia mahdotonta saada tolkkua. Yhdeksän maissa vastaanottotyöntekijä kytkee puhelinvastaajan pois päältä ja valmistautuu ottamaan vastaan kriisiasiakkaiden ja muiden yhteydenottajien puheluita. Samoihin aikoihin valtaosa kriisityöntekijöistä saapuu työpaikalleen. Monella työpäivä alkaa tunnin mittaisella kriisiasiakasvas-taanotolla.

Vastaanottotyöntekijä näkee verkkokalenteristaan, että kuluvalle päivälle työntekijät ovat varanneet yhteensä 20 käyntiaikaa omille asiakkailleen, jotka ovat jo aloittaneet keskimäärin noin viisi tapaamista sisältävän käyntijaksonsa. Kaksi käyttämätöntä kriisikäyntiaikaa on varalla uusia asiakkaita ajatellen.

Kahdestakymmenestä asiakkaasta kuusi tulee parisuhde- tai perhekriisin vuoksi. Yhden on tyttöystävä hylännyt, toista on mies pettänyt ja kolmas vain on saanut tarpeekseen jatkuvasta riitelystä. Yhdessä perheessä on ongelmana alle kouluikäisen lapsen levottomuus, joka on saanut molemmat vanhemmat hakemaan tilanteeseensa kriisiapua ja hyviä neuvoja. Huolestuttavin tilanne on kolmekymppisellä työttömällä naisella, joka elää kahden kouluikäisen lapsensa kanssa ras-kaasti juopottelevan ja väkivaltaisen uusisän kanssa saman katon alla eikä saa lähdetyksi tuhoavasta suhteesta. Hänen kanssaan kriisityöntekijä käy pitkän kes-kustelun lastensuojelun ammattilaisten pyytämisestä mukaan tilanteen selvitte-lyyn. Kaikeksi onneksi asiakas lopulta tajuaa tämän olevan paras vaihtoehto.

Päivän avunhakijoista neljä on maahanmuuttajia, joilla on jokaisella taustallaan traumaattisia väkivaltakokemuksia ja näiden ohella vakavia sopeutumisvaikeuk-sia. Yhdelle maahanmuuttaja-asiakkaalle varattu tulkki on sairastuttuaan perunut tulonsa, eikä tulkitta jääneelle asiakkaalle kriisikeskuskäynnistä ole tällä kertaa hyötyä. Kahdella kriisiasiakkaalla on tulosyynä läheisen kuolema, ja yksi asiak-kaista on kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. Lisäksi kriisiapua hakevat koulu-kiusattu tyttö, yllättäen työttömäksi jäänyt viisikymppinen mies, auto-onnettomuudessa järkyttynyt nainen, syöpädiagnoosia pelkäävä keski-ikäinen mies, parikymppisen poikansa itsemurhauhkailusta suunniltaan mennyt äiti, mie-hensä mielenterveydestä huolestunut nainen ja uupunut nuori äiti, jonka vauvalla on vastatodettu kehityshäiriö.

Aamupäivän työkokouksessa sovitaan työntekijöiden kesken juoksevien asioiden hoitamisesta, kriisikeskukselta kysytyjen koulutusten järjestämisestä, osallistumisesta paikalliseen mielenterveysaiheiseen tapahtumaan ja tutustumiskäynnille tulevien opiskelijoiden vastaanottamisesta. Täydennyskoulutukseen osallistuneet työntekijät kertovat kaikille saamansa koulutuksen sisällöistä ja pohtivat sen soveltuvuutta kriisityöhön. Yksi kriisityöntekijöistä puuttuu kokouksesta, sillä hän on lähtenyt saattamaan itsemurha-altista asiakastaan kriisiosastolle. Tunnin kestäneen kokouksen päätteeksi sovitaan uusia asiakkaita varten varattavista kriisikäyntiajoista, jotka vastaanottotyöntekijä myöhemmin jakaa apua tarvitseville.

Aamupäivän aikana vastaanottotyöntekijä on keskustellut viiden vaikeaan elämäntilanteeseen joutuneen ihmisen kanssa. Kolmen apua hakeneen kohdalla on näyttänyt ilmeiseltä, että kriisikeskus ei pysty heitä syystä tai toisesta auttamaan, joten he ovat saaneet neuvokseen ottaa yhteyttä sellaiseen paikkaan, josta voisivat apua itselleen saada. Yksi aikaa vaille jääneistä asiakkaista on suuttunut vastaanottotyöntekijän kerrottua, ettei päihdeongelmaisia voida kriisityön menetelmin auttaa, kaksi muuta tyytyvät ottamaan yhteyttä muihin auttamistahoihin. Kaksi uutta asiakasta on kuitenkin saanut itselleen kriisijajan. Toinen näistä haluaa apua koettuaan tullessa syrjityksi työyhteisössään, ja toinen haluaa apua ero-kriisiinsä.

Puolilta päivin kriisikeskuksen keittiö täyttyy lounastaukoon viettävistä työntekijöistä. Samoihin aikoihin työpäivänsä aloittaa vapaaehtoistyöstä vastaava työntekijä järjestämällä seurantalaverin, jossa sovitaan tukihenkilösuhteen jatkosta. Niin tuettava kuin vapaaehtoistyötä tekevä tukihenkilökin ovat olleet yhteistyöhön tyytyväisiä, joten kokouksesta tulee lyhyt ja ytimekäs.

Lounastauon jälkeen kriisikeskukseen saapuu viiden hengen työtiimi osallistuakseen ryhmätyönohjaukseen. Ohjaukseen tullut ryhmä ei aluksi tahdo keksiä mitään yhteistä puhuttavaa, mutta vauhtiin päästyään ei varattu puolitoistatuntinen tahdo tiimille riittää. Työnohjausta, jota yhdistys tarjoaa ostopalveluna, antaa tälle ryhmälle kriisikeskuksen toiminnanjohtaja. Työnohjauksen jälkeen toiminnanjohtaja pohtii, pitäisikö hänen jatkaa aamulla aloittamaansa talousarvion valmistelua vai ryhtyä suunnittelemaan seuraavalla viikolla odottavaa maahanmuuttajien traumatisoitumista käsittelevää koulutusta.

Iltapäivällä kriisikeskuksessa vieraillee myös ryhmä ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijoita tutustumassa kriisityöntekijän opastamana kriisikeskuksen toimintaan ja kriisityöhön yleisemminkin. Tunnin kestäneen tutustumiskäynnin päätteeksi kaksi opiskelijaa innostuu yhdistyksen tarjoamasta vapaaehtoistyöstä, ja he sopivat uudesta käynnistä saadakseen tarkempaa tietoa vapaaehtoisena toimimisesta.

Neljän tai viiden maissa iltapäivällä aamulla työpäivänsä aloittaneet valmistautuvat lähtemään kotiinsa. Kriisityö kuitenkin jatkuu tästä huolimatta, sillä verkkokriisityöntekijä kirjautuu tunnuksillaan Tukinettiin ja vasta aloittaa oman työpäivänsä kriisikeskuksessa. Tukinetissä hän käy reaaliaikaisia keskusteluja eri puolella Suomea asuvien ihmisten kanssa. Keminmaalainen nainen haluaa apua selviytyäkseen surustaan, vaasalainen mies pohtii perhekriisiään ja joensuussa asuva nuori haluaa tietää, kuinka tulisi toimia, jos epäilee olevansa raskaana. Reaaliaikainen Tukinet-päivystys kestää pari tuntia, ja sen jälkeen työntekijä vastailee vielä tunnin ajan omille Tukinet-asiakkailleen.

Kriisikeskus ei hiljene hämärän tultuakaan, sillä uudet vapaaehtoistoimijat saapuvat illalla järjestettävään vapaaehtoistyön peruskoulutukseen. He ottavat kupillisen kahvia ja voileivän ja etsivät itselleen paikan kriisikeskuksen koulutustilasta. Toisessa ryhmähuoneessa kokoontuvat samaan aikaan vertaistukityötä tekevät äidit, jotka suunnittelevat teemailtaa lapsensa menettäneille vanhemmille. Tukihenkilöiden koulutuksen loputtua puoli kahdeksalta illalla päättyy myös vapaaehtoistyötä koordinoivan työntekijän päivä kriisikeskuksessa. Samoihin aikoihin toiminnanjohtaja tunnustaa itselleen, ettei talousarvion valmistelu enää tällä erää etene, ja hänkin päättää napsauttaa koneensa kiinni ja lähteä kotiinsa.

Toiminnanjohtajan lähdettyä ei kriisikeskuksessa ole puoleen tuntiin ketään paikalla. Tilanne kuitenkin muuttuu iltakahdeksalta, sillä silloin saapuvat vapaaehtoiset kriisipuhelinpäivystäjät. Päivystysvuorossa olevat kirjautuvat koneilleen, asettavat puhelimeen kytketyt kuulokkeet korvilleen ja vastaavat valtakunnalliseen kriisipuhelimeen soittaneille ihmisille. Puhelimitse kohdatut ihmiset kertovat yksinäisyydestään, menetyksistään, huolistaan ja kärsimyksistään. Joskus he puhuvat myös toiveistaan, ilonaiheistaan tai selviytymisestään. Päivystäjät yrittävät parhaansa mukaan tukea ja auttaa linjalle päässeitä, ja lähes aina soittaja muistuttaa kiittää ja kertoa huojentuneensa jo siksi, että sai puhua ja joku kuunteli.

Kello 23.10 kriisipuhelinpäivystäjä kytkee kahvinkeitin pois päältä, sammuttaa valot ja aktivoi kriisikeskuksen murtohälytyksen. Ovea lukitessaan hän päättää palata päivystyksessä kuulemiinsa asiakasasioihin vasta seuraavassa työohjauksessaan. Porraskäytävässä on äänetöntä, vain hissien koneisto lonksuu.

Tavallinen päivä kriisikeskuksessa on kriisipuhelinpäivystäjän lähdettyä vihdoin päättynyt. Kahdenkymmenen varatun käyntiajan lisäksi kriisikeskus palveli päivän aikana kahdeksatoista muuta apua hakevaa ihmistä, jotka soittivat vastaanottotyöntekijälle tai kriisipuhelimeen, kirjoittivat Tukinettiin tai tapasivat vapaaehtoista tukihenkilöään. Huomenna on odotettavissa toinen tavallinen päivä.

Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkostoon kuuluvassa Turun kriisikeskuksessa työskentelee keskimäärin n. 10 palkattua työntekijää, joista valtaosa osallistuu tavalla tai toisella kriisiasiakastyöhön. Osa palkatuista työntekijöistä työskentelee erilaisissa määräaikaisissa projekteissa. Toiminnassa on mukana

myös 70–80 aktiivista vapaaehtoistyöntekijää, jotka tekevät ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä esimerkiksi tukihenkilöinä, vertaistukijoina tai kriisipuhelinpäivystäjinä. Turun kriisikeskusta ylläpitää Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry. Kuten muillakin kriisikeskuksilla, myös Turun kriisikeskuksella on oma paikallisista tarpeista syntynyt tapansa toimia. Tästä huolimatta eri puolilla Suomea sijaitsevien kriisikeskusten toiminnoissa on paljon yhteisiä piirteitä esimerkiksi kriisiapua tarvitsevien asiakkaiden tai vapaaehtoistyön osalta.

Kuvattu päivä kriisikeskuksessa ei sellaisenaan ole todellisuudessa tapahtunut, sillä esimerkiksi kuvattuja kriisejä on muunnettu, jottei yksityisyyden suoja vaarantuisi. Toiminnan laajuus, auttamistyön luonne ja tapahtumien ajankohdat kuitenkin vastaavat hyvin kriisikeskuksen jokapäiväistä arkea.

Tiivistelmä

Tässä tutkimushankkeessa selvitettiin Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskuksissa toteutettavan lyhytkestoisen kriisityön tuloksellisuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin normaalin kriisityön puitteissa käyttäen tutkimushenkilöinä ($n = 70$) kriisikeskusasiakkaita, joille osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineistonkerääjinä ($n = 21$) toimivat aineistonkeruuseen perehdytetyt kriisityöntekijät. Tuloksellisuuden mittareina käytettiin oirekyselyitä (BDI-II, BSI-53, IES-22) ja yhteistyösuhteen laatua mittaavaa WAI-R-kyselyä. Mittaus suoritettiin asiakkuuden alussa, lopussa ja puolen vuoden kuluttua asiakkuuden päättymisestä. Lisäksi asiakkaista ja työntekijöistä kerättiin tietoja tutkimusta varten laadituilla kyselyillä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kriisikeskuksissa toteutettava kriisityö on suurimmalle osalle kriisiasiakkaista erittäin tuloksellinen auttamismuoto. Kriisityön aikana tapahtui huomattavaa masennusoireiden ja yleisen psyykkisen oireilun laskua. Tämä koski koko aineistoa sekä ryhmittäistä tarkastelua. Muutos jatkui seurantajaksolla. Aineistosta nousi kolme selkeästi toisistaan poikkeavaan ryhmää tulosyyn mukaan. 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 mitattuja kriisi- ja trauma-oireita.

Koko aineistoa koskevassa tarkastelussa ei havaittu tuloksellisuuteen yhteydessä olevia muuttujia mutta ryhmien välillä havaittiin eroja. Traumaattisen kriisin ryhmällä sekä asiakkaan allianssiarvio että arvio työntekijän ammattitaidosta olivat joiltakin osin yhteydessä tuloksellisuuteen. Voidaan todeta, että traumaattisen kriisin kohdanneet asiakkaat tarvitsevat hyvän yhteistyösuhteen toipuakseen ja he myös arvioivat jälkikäteen työntekijän merkityksen korkeaksi hyötymisen kannalta. Noin 10 % asiakkaista ei hyötynyt käytetyillä mittareilla arvioituna lyhytkestoisesta kriisiavusta. Useimmilla heistä tulosyynä oli lähisuhdeväkivalta tai seksuaalinen väkivalta. Pohdintaosiossa on esitetty tulosten perusteella suosituksia tuloksellisen kriisityön järjestämiseksi. Tutkimuksessa kerättiin runsaasti tietoa asiakkaiden kokemuksesta kriisikeskuksessa asioinnista ja myös työntekijöiden käsityksistä omasta työstään. Näistä saadut tulokset on esitetty kuvailevassa muodossa. Työntekijöiden kuormittuneisuuden ja tehdyn kriisityön määrän välillä havaittiin voimakas korrelaatio.

Varsinaisen tutkimusraportin lisäksi julkaisussa on kolme lukua, joiden tarkoituksena on edistää käytettävyyttä ja havainnollistaa kriisityön luonnetta. Suomen Mielenterveysseuran järjestöjohtaja Sinikka Kaakkuriniemen kirjoittama luku käsittelee Kriisikeskusverkoston historiaa ja Roope Kankaanrannan kirjoittama luku kriisikeskuksen tyypillistä päivää. Tutkijan kirjoittama luku "Kriisien psykologiaa –

pyrkimys integraatioon” käsittelee kriisipsykologian käytäntöä ja sen teoreettisia ja tieteellisiä taustoja sekä sisältää käytännön ohjeita kriisityöntekijöille. Tutkimuksen ohjaajina ovat toimineet PsT Juhani Tiuraniemi ja professori Karl-Erik Wahlberg. Tutkimus liittyy yliopistoverkosto Psykonetin psykoterapian erikoispsykologikoulutukseen. Tutkimusraportin pohjalta tullaan laatimaan tieteellinen artikkeli, joka on samalla tekijänsä lisensointitutkimus.

Avainsanat: tuloksellisuus, mielenterveys, kriisi, trauma, psyykinen kriisi, kriisikeskus, psykoterapia, psykologia.

Lähteet

Abramson, L. Y., Alloy, L. B. ym. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. Kirjassa *Handbook of depression*. Gotlib, I. & Hammen, C. L. (toim.), ss. 268–294. Guilford press.

Adolphs, R., Tranel, D., Buchanan, T. W. (2005). Amygdala damage impairs emotional memory for gist but not details of complex stimuli. *Nature neuroscience*, 8:4, 512–518.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: a mentalization-based treatment*. Oxford university press.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Suomalainen normitus (2004), Psykologien kustannus Oy.

Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: William Heinemann.

Bohleber, W. (2007). Remembrance, trauma and collective memory: the battle for memory in psychoanalysis. *The international journal of psychoanalysis*. 88: 329–352.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, theory research and practice*. 16, 252–260.

Bourdieu, P. *The Forms of Capital*. Kirjassa *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, toim. Richardson, J. G. New York: Greenwood Press, 1986. 241–258.

Bremner, J. D., ym. (1995). MRI-based measurements of hippocampal volume in combat-related post-traumatic stress disorder. *American journal of psychiatry*, 152, ss. 973–978.

Carll, E. (toim., 2007). *Trauma psychology. Issues in violence, disaster, health and illness*. s. 293. Praeger publishers.

Casement, P. (1985; 2008). *On learning from the patient*. Routledge.

Brown, G. S., Lambert, M. J., ym. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American journal of managed care*. 11:8, 513–520.

Cullberg, J. (1991; 1977). *Tasapainon järkkyyssä*. Otava.

- de Brujin, T. T. (2006). Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen lääkirilehti*. 41/2006, ss. 4219–4225.
- Derogatis, L. R. (1993; 2004). *Brief symptom inventory. Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson Inc.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977: 196 (4286), ss. 129–136.
- Erikson, E. & Erikson, J. (1997). *The life cycle completed (extended version)*. W. W. Norton & Company Inc.
- Everly, G. S., Flannery, R. B. Jr, Eyler, V. A. (2004). *Critical Incident Stress Management (CISM): A Statistical Review of the Literature*. *Psychiatric quarterly*. 2004:3, ss. 171–182.
- Flannery, R. B. Jr. & Everly, G. S. Jr. (2000). Crisis intervention: a review. *International journal of emergency mental health*, 2(2), 119–125.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. ym. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of consulting and clinical psychology*. 73:5, ss. 953–964.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide*. Oxford university press.
- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., ym. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience*, 5, ss. 1242–1247.
- Haaramo, S. & Palonen, K.(toim.) 2003. *Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena*. Therapie-säätiö.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. (2005). Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. *Psykiatria*. Duodecim.
- Henriksson, M. ym. (2009). Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Käypä hoito-suositus. www.kaypahoito.fi.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: the best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On the links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy research*, 15 (1–2), 9–23.

Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. Kirjassa *The working alliance. Theory, research, and practice*. Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (toim). John Wiley & Sons, Inc. ss. 109–130.

Horvath, A. O. (1994). *Manual for the use of the working alliance inventory (2nd ed.)*. 93:1, Simon Fraser University, Canada.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the working alliance inventory. *Journal of counseling psychology*, 36, ss. 223–233.

Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson, C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.

Kinderman, P., & Lobban, F., (2000). Evolving Formulations; sharing complex information with clients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28 (3), 307–310.

Klabunde, R. E. (2008). Cardiovascular physiology concepts: circulating catecholamines. <http://www.cvphysiology.com/Blood Pressure/bp018.htm>

Knekt P, Lindfors O. (toim.) (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 77.

Koenen, K.C., Moffitt, T.E., Poulton, R., Martin, J., Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine* 37 (2): 181–92.

Koffert, T. & Kuusi, K. (2009). *Depressiokoulu: opi masennuksen ehkäisy- ja hoitaitoja*. SMSTuotanto Oy.

Kokko, K. & Pulkkinen, L. (2000): Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental Psychology* 36, s. 463–472.

Kokkonen, M. (2005). *Myöhäisnuorten psyykkisten oireiden muutokset lyhyen kriisiterapian aikana*. Licensiaatin tutkimus. Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteellinen tiedekunta.

Krupnick, J. L., Sotsky, S. M. ym. (1996). The role of the therapeutic alliance on psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National institute

of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64:3, 532–539.

Kuusinen, K-L. (2009). *Käsitteellistäminen interventioiden perustana*. Seminaari-esitys päivämäärä.

Laaksonen, M.(2008). *Psykoterapiasoveltuvuuden mittaaminen ja ennustekyky lyhyessä ja pitkässä terapiassa*. Esitys psykoterapiatutkimuksen päivillä Jyväskylässä 14.2.2008.

Laine, A. (2007). On the edge: the psychoanalyst's transference. *International journal of psychoanalysis*. 88, 1171–83.

Lambert, M. D. (2008). *Monitoring patient treatment response: an evidence-based practice*. Esitys Psykoterapiatutkimuksen päivillä, 14.–15.2.2008, Jyväskylä.

Lapp, K.G., Bosworth, H.B., Strauss, J.L., ym. (2005). Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Military Medicine* 170 (9): 787–90.

Leiman, M. (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiatutkimuksessa. *Duodecim*, 120, 2645–2653.

Leiman, M. (2007). *Psykologisten interventioiden vaikuttavuus*. <http://www.joensuu.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2007/leiman.pdf>

Liberzon, I., Taylor, S. F., ym. (1999). Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biological psychiatry*. 45:7, ss. 817–826.

Lindeman, M., Saari, S., Verkasalo, M., Prytz, H. (1996). Traumatic stress and its risk factors among peripheral victims of the M/S Estonia Disaster. *European Psychologist*. 1(4), 255–270.

Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12, ss. 857–885.

Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 68:3, 438–450.

Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance. Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of nervous and mental disorders*. 172:7, 417–423.

- Masterpasqua, F. (2009). Psychology and epigenetics. *Review of general psychology*. 13:3, ss. 194–201.
- McDougall, J. (1986). *Theatres of the mind*. London: Free association books. s. 301.
- McGaugh, J. L. & Roozendaal, B. (2002). Role of adrenal stress hormones in forming lasting memories in the brain. *Current opinion in neurobiology*, 12:1, ss. 205–210.
- Meronen, M-L. (2004). *Psykoterapiasoveltuvuuden yhteydet yhteistyösuhteeseen*. Lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden tiedekunta, psykologian laitos.
- Miller, S. D. (2005). *Asiakastyön ytimessä – mikä todella toimii?* Koulutus Helsingissä 9.–10.2005.
- Morris, D. (1979). *Manwatching. A field guide to human behaviour*. Triad / Panther books.
- Nummenmaa, L. (2005). Efektikoko psykologisissa tutkimuksissa. *Psykologia*, 5–6, s. 564.
- Palosaari, E. (2007). *Lupa särkyä. Kriisistä elämään*. Edita.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. s. 70. Oxford university press.
- Pojjula, S. (2004). Myyrmannin räjähdys uhrien ja omaisten psyykinen selviytyminen ja hoidon merkitys. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita*. 2004: 13.
- Pynoos, M. S., Steinberg, A. M., Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological psychiatry*, 46:11, ss. 1542–1554.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 65:4, 582–587.
- Rautakorpi, J. (2006). *"Painoa vaan putos sydämeltä" - tutkimus nuorten kriiseistä ja kriisityöstä Turun kriisikeskuksessa*. Aikuiskasvatustieteen pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto, Kasvatustieteen laitos.
- Roberts, A. R., Everly, G. S., jr. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6:1. Ss. 10–21.

- Ryle, A. & Fawkes, L. (2006). Multiplicity of selves and others: cognitive-analytic therapy. *Journal of clinical psychology*, 62:2, 166–174.
- Saari, S. (2002). *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Otava.
- Safran, J. D. & Muran J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York, Guilford Press.
- Safran, J. D. & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy integration: a postmodern critique. *Clinical psychology: science and practice*. 1997:4, ss. 140–152.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Toronto: McClelland and Stewart.
- Shalev, A. Y. (2000). Measuring outcome in posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 61:5, 33–42.
- Shapiro, F (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments of PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of traumatic stress*. 11:3, ss. 413–435.
- Smith, R. (2006). Australia: rethinking the strict CISM model. *The journal of employee assistance*. 2006:may. <http://www.thefreelibrary.com>
- Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan lainsäädäntö (2006). Sos 4.14.4§.
- Stern, D. (2000). *The interpersonal word of the infant. A view from psychoanalysis & developmental psychology*. ss. 97–99. Basic books.
- Stratton, P. (2007). *Matching psychotherapeutic skills to what creates change for clients: ideas from systemic family therapy*. Esitys Psykoterapiatutkimuksen päivillä, 15.2.2007, Jyväskylä.
- Strupp, H. H. (1998). The Vanderbilt I study revisited. *Psychotherapy research*. 8, 17–29.
- Talarico, J. M. & Rubin, D. C. (2003). Confidence, not consistence, characterizes flashbulb memories. *Psychological science*, 14:5, 455–461.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2007). Unettomuus ja unihäiriöt ovat yleisiä. www.ktl.fi.

Tiuraniemi, J. (2007). *Ammatillinen kehittyminen ja kliinisen päätöksenteon luotettavuus*. Turun seudun psykologiyhdistyksen koulutuspäivä, 26.11.2007.

Vygotski, L. S. (1978). *Mind and society: development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard university press.

Wahlberg, K-E. (2000). Tutkimustulosten ja -teorioiden hyödyntäminen skitsofreniaan sairastumisen ehkäisyssä. *Suomen lääkirlehti*. 42/2000, ss. 4277–4280.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum Associates.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. Kirjassa J. Wilson & T. M. Keane (toim.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, ss. 399–411. New York: Guilford.

Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. Teoksessa *The predicament of the family: a psycho-analytical symposium*. London: Hogarth Press.

LIITTEET

Liite 1. Kysely kriisikeskusjohtajille.

Lähetetty joulukuussa 2005

KYSYMYKSET KRIISIKESKUSJOHTAJILLE

1. Kuinka monta kriisityöntekijää yksikössäsi työskentelee?
2. Minkälainen koulutus kriisityöntekijöillä on (pohja- ja jatkokoulutukset suunnilleen, onko trauma- ja kriisiterapiakoulutusta / muuta terapiakoulutusta)?
3. Kuinka pitkiä asiakassuhteenne ovat keskimäärin (tapaamisten tiheys ja lukumäärä)?
4. Mitkä ovat tyypillisimmät tulosyyt asiakkailla? Millainen on teidän tyypillisin asiakkaanne?
5. Työote: onko jotain yleisesti sovittua työotetta tai lähestymistapaa (esim. ratkaisukeskeinen, voimavarasuuntautunut, kognitiivinen, psykodynaaminen, selvittelevä, supportiivinen) vai työskentelevätkö kaikki omalla tyyllään?
6. Asiakaskunnan rajaus: ketkä eivät ole teidän asiakkaitanne (esim. pitkäkestoiset mielenterveysongelmat, päihdeongelmat)? Työskentelettekö myös pariskuntien ja / tai perheiden kanssa? Käykö teillä maahanmuuttajia?

7. Asiakkaiden hoitopolku kriisikeskuksen osalta – miten he ottavat yhteyttä, miten nopeasti pääsevät hoitoon, käytetäänkö rinnakkain erilaisia hoitomuotoja (ryhmät, kahdenkeskiset keskustelut)?
8. Mitä erityismenetelmiä teillä käytetään (EMDR, NLP, hypnoosi jne.)?
9. Oma ”näppituntumasi” siitä, hyötyvätkö asiakkaat teillä annettavasta kriisihoidosta. Jos hyötyvät, pyri erittelemään vähän, ketkä hyötyvät eniten ja ketkä vähiten? Mistä tiedätte, että olette onnistuneet jonkun asiakkaan kanssa? Hoidon tavoite yhdellä lauseella?
10. Asiakkaiden ikähaarukka?
n. ____ - ____ vuotta, enimmäkseen ____ - ____ ikäisiä
11. Mitkä ovat yleisimmät ongelmat kriisityössä (esim. hoidon keskeyttäminen, myöhästymiset, asiakkaan ongelmien haastavuus, työntekijän uupumus, työn rajaus, eteenpäin ohjaaminen...)?
12. Työntekijöiden sukupuolijakauma?
a. naisia
b. miehiä
13. Työntekijöiden ikäjakauma?
a. – 30
b. 30 – 40
c. 40 – 50
d. 50 – 60
e. 60 –
14. Asiakkaiden sukupuolijakauma
a. naisia noin %
b. miehiä noin %
15. Onko yksikössä teillä joskus tehty asiakastytytävyysselvityksiä, opinnäytteitä tms. ?

16. Käyttävätkö kriisityöntekijät joitain testejä tai kyselyitä työssään (esim. BDI, IES-R, DES)?

17. Haluatko kertoa vielä jotain muuta, mikä voi olla tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa? Jos lähetät kyselyn takaisin paperipostissa, olisi hyvä saada myös jotain esitteitä kriisikeskuksestanne ja sen toiminnasta.

Kiitos vastauksistasi!

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Teemu Ollikainen

Psykologi, kriisityöntekijä

Lounais-Suomen Mielenterveysseura / Turun kriisikeskus

Yliopistonkatu 12 a B, 6. krs

20100 Turku

02-2738 774

040-822 3961

teemu.ollikainen@turunkriisikeskus.fi

Liite 2. Kriisityöntekijän lomake.

KRIISITYÖNTEKIJÄN LOMAKE

Tällä lomakkeella kartoitetaan työntekijän taustatiedot, joita tarvitaan aineiston analysointivaiheessa. Lisäksi lomake sisältää kysymyksiä, joissa sinua pyydetään arvioimaan itseäsi kriisityöntekijänä. Älä vastaa, miten asioiden mielestäsi pitäisi olla, vaan miten asiat kohdallasi todellisuudessa ovat.

1. Taustatiedot
 - 1.1. Kriisikeskus:
 - 1.2. Työntekijän nimi:
 - 1.3. Työntekijän koodi:
 - 1.4. Ikä:
 - 1.5. Sukupuoli:
 - 1.6. Peruskoulutus:
 - 1.7. Lisäkoulutukset (1-2 päivän koulutuksia ei tarvitse eritellä jos ei ole saanut niistä erikseen jotain pätevyyttä tms):
 - 1.8. Ammattitaitoa tukevia jatkokoulutuksia yhteensä (arvioi päivissä):
2. Työkokemus
 - 2.1. Kaikki yhteenaskettuna v / kk:
 - 2.2. Mielensterveysalaan liittyvissä tehtävissä:
 - 2.3. Mielensterveyteen liittyvässä asiakastyössä:
 - 2.4. Tässä työpaikassa:
 - 2.5. Oma arvio siitä, miten hyvät valmiudet oma tämänhetkinen ammatti taito antaa kriisiasiakastyössä toimimiselle asteikolla 1-10 (1=heikot tai olemattomat valmiudet, 10=erittäin hyvät valmiudet): ____

- 2.6. Arvioi sitä, miten tärkeäksi koet seuraavat asiat ammattitaitosi kannalta asteikolla 1-10 (1 = ei lainkaan tärkeä, 10 = erittäin tärkeä):
- a) Henkilökohtaiset ominaisuudet (persoonallisuus, temperamentti)
 - b) Elämäkokemus ____
 - c) Koulutus ____
 - d) Työkokemus ____
3. Asiakastyö (voit jatkaa paperin toiselle puolelle halutessasi)
- 3.1. Kuinka paljon teet asiakastyötä viikossa? Keskimäärin ____ tuntia
- 3.2. Asiakkaiden ikäjakauma (noin) ~ v.
- 3.3. Asiakastyössä olen hyvä....
- 3.4. Asiakastyössä koen haastavana...
- 3.5. Kuinka kuormittunut tällä hetkellä olet asiakastyössäsi tai sen johdosta? Arvioi asteikolla 1-10 (1 = en lainkaan, 10 = erittäin kuormittunut) ____
- 3.6. Mistä tiedät, että asiakas on hyötynyt tapaamisista?
- 3.7. Mitä asioita pidät toimivan asiakastyön tunnusmerkkeinä?
- 3.8. Jos sinulla on jokin psykoterapiakoulutus, kuinka tarpeelliseksi koet sen työssäsi?
- 3.9. Käytätkö työssäsi jotain erityismenetelmiä, esim. EMDR, hypnoosi, NLP, kuva- tai musiikkiterapia?
- 3.10. Toimivan allianssi- eli yhteistyösuhteen syntymisen edellytyksiä ovat mielestäni:
- 3.11. Allianssisuhteen laatua voi huonontaa:

Liite 3. Asiakkaan tiedot -lomake.

ASIAKKAAN LOMAKE

Asiakkaan koodi:

Asiakkaan nimi ja yhteystiedot*:

Ensisijainen tulosy:

Muut syyt / keskustelunaiheet:

Ikä:

Sukupuoli:

Asiakas kohtaamisessa yksin / kenen kanssa:

1. Elämäntilanne: ___ asuu vanhempiensa / vanhempansa luona ___ asuu yksin ___ parisuhde ___ avo- / avioliitto ___ eronnut ___ muu, mikä

2. Koulutus: ___ peruskoulu ___ ammatillinen koulutus ___ ylioppilas ___ korkeakoulututkinto ___ muu, mikä:

___ opiskelee tällä hetkellä, missä:

___ työssäkäyvä, ammatti:

___ muu, mikä:

3. ___ olen saanut ammattiapua mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä

4. ___ olen tällä hetkellä hoidossa muualla kuin kriisikeskuksessa

5. ___ olen käyttänyt / käytän jotain psyykenlääkettä / unilääkettä (alleviivaa)

Tapahtumasta on kulunut aikaa / tilanne on jatkunut:

Keitä tapahtuma / tilanne on koskettanut (itseä, muita ihmisiä):

Kenen kanssa olen asiasta puhunut? Mainitse kaikki (tai ihmisten lukumäärä)

Keneltä tai mistä olen saanut tukea selviämiseen ja jaksamiseen (tarkasti)?

Kohtaamisten lukumäärä (täytetään loppuksi):

Mahdolliset jatkotoimenpiteet:

* Nimi ja yhteystiedot kerätään siksi, että ne tarvitaan seurantajakson materiaalien lähettämistä varten. Yhteystiedot ovat ainoastaan tutkijan käytössä. Seurantajakson materiaaleihin tulee ainoastaan koodisi, ei nimeä. Lopullisiin tutkimustuloksiin ei tule kenenkään yksilöllisiä vastauksia.

Liite 4. Seurantavaiheen arviointi- ja palautelomake.

ARVIOINTI- JA PALAUTELOMAKE

Tässä lomakkeessa sinua pyydetään arvioimaan kriisihoidon sujumista ja ylipääntään sitä, miten koit asioinnin kriisikeskuksessa. Aluksi sinua pyydetään arvioimaan kokemuksiisi numeroilla, lomakkeen lopussa on avoimempia kysymyksiä. Halutessasi voit myös jatkaa toiselle paperille.

Yhteistyö kriisityöntekijän kanssa

1. Minkä kouluarvosanan antaisit yhteistyön sujumiselle kriisityöntekijän kanssa (asteikolla 4–10, missä 4 tarkoittaa epäonnistunutta ja hyödyttömyyttä yhteistyötä ja 10 suurinta mahdollista hyötyä ja erittäin sujuvaa yhteistyötä)? _____
2. Arvosana sille, miten hyvin tunnevuorovaikutus tai ”kemat” toimivat sinun ja kriisityöntekijän välillä (tunteet olivat mukana keskustelussa, työntekijä ymmärsi tunnetilojasi ja kykeni vastaamaan niihin asianmukaisesti)? _____
3. Arvosana sille, miten hyvä yhteisymmärrys sinulla ja kriisityöntekijällä oli käsiteltävistä asioista (ymmärsitte toisianne, puhuitte ”samaa kieltä”)? _____
4. Arvosana sille, miten hyvä yhteisymmärrys sinulla ja kriisityöntekijällä oli niistä tavoitteista ja tehtävistä, jotka te pyritte saavuttamaan? _____

Avun saaminen kriisikeskuksesta

5. Kriisikeskuksessa asioiminen todella auttoi minua (ympäroi sopivin)
 - a) ei lainkaan
 - b) jossain määrin
 - c) melko paljon
 - d) todella paljon
6. Toimintakykyni lisääntyi kriisikeskuksessa asioimisen ansiosta
 - a) ei lainkaan
 - b) jossain määrin
 - c) melko paljon
 - d) todella paljon
7. Alkuperäinen syy, miksi hakeuduin kriisikeskukseen, helpottui tai tuli helpommaksi kestää kriisikeskuksessa asioinnin myötä
 - a) ei lainkaan
 - b) jossain määrin

- c) melko paljon
- d) todella paljon

8. Suosittelisin kriisikeskusta kriisin kokeneelle läheiselleni

kyllä / ei

9. Arvioi sinut tavanneen kriisityöntekijän ammattitaitoa asteikolla 0–10 _____

10. Paras / huonoin asia, jonka koit kriisikeskuksessa?

11. Mitä olisit toivonut lisää?

12. Jos kriisikeskuksessa asioinnista oli apua, mistä huomasit sen itsessäsi?
(muutokset tunnetilassa, ajatuksissa, tulkinnoissasi asioista, toimintakyvyssäsi, ongelmat ratkesivat, fyysinen / henkinen olo parani tms.)

13. Mitä ohjeita haluaisit antaa kriisityöntekijällesi tulevaisuuden varalle?

14. Miten koit kriisikeskuksessa asiointin ylipäättään?
(Yhteydenotto, tilat, tapaamisajat, sijainti ym.)

15. Miltä tähän tutkimukseen osallistuminen on tuntunut? Onko se tuntunut kuormittavalta, onko siitä ollut sinulle jotain hyötyä?

16. Kun olet osallistunut tähän tutkimukseen, onko sinulle tullut mieleen kysymyksiä, oletko ihmetellyt jonkun kyselyn tarkoitusta tms.? (Jos haluat

vastauksen kysymykseesi, muista laittaa tähän sähköpostiosoitteesi tai puhelinnumerosi.)

17. Sana on vapaa! Tähän voit kirjoittaa kommenttejasi, risuja ja ruusuja (Suomen Mielenveysseuralle, kriisi- tai SOS-keskuksellesi, työntekijällesi, tutkijalle...), ajatuksiasi mielenveydestä, kehittämissuhteita ym. Voit jatkaa ylimääräiselle paperille.

Liite 5. Aineistoon tehdyt korjaukset.

a) Negatiivisesti sanoitetut kysymykset

WAI-kyselyssä osa kysymyksistä oli negatiivisesti sanoitettuja ja niistä muodostettiin peilimuuttujia, joilla varsinaiset ajot tehtiin.

b) Puuttuvat arvot

Puuttuvien arvojen osalta kaikkien kyselyjen kohdalla on käytetty samaa perusperiaatetta:

Summa painotetaan puuttuvien kysymysten osuudella:

$$\sum \frac{\text{kysymysten määrä}}{(\text{kysymysten määrä} - \text{puuttuvien määrä})}$$

esim. WAI-kyselyssä puuttuu vastaus kolmeen kohtaan:

$$36 / (36-3) = 1,091$$

$$\text{Kokonaispistemäärä } 33 \text{ vastauksesta (3 puuttuu)} = 99$$

$$99 * 1,091 = 108,01.$$

BSI-kyselyn GSI-indeksiä korjaus ei muuta, koska se on keskiarvoon perustuva luku, kuten myös korjattu summa.

c) Puuttuvat arvot IES-kyselyssä

Koska IES-kyselyn pistemäärä muodostuu kahden alaindeksi summasta eikä kokonaispistemäärästä, kohdan 2 laskutoimitus on tehty alaindeksin osalta ja muutettu sitten kokonaispistemäärään.

Liite 6. Tarkemmat tulossyyt ja keskustelunaiheet.

Tarkempi ensisijainen tulosyy (n=68).

Tulosyy	Lukumäärä
Parisuhdeongelmat tai ero	24
Lähisuhdeväkivalta tai sen uhka	7
Uupuminen, burn-out	6
Masennus (sis. itsemurha-ajatukset)	5
Tapaturma tai onnettomuus	4
Ahdistuneisuus, paniikkikohtaukset	4
Läheisen kuolema	4
Ongelmat työssä	3
Väkivalta tai sen uhka, ryöstö	2
Oma sairastuminen / somaattinen syy	2
Läheisen itsemurhauhka tai -yritys	2
Muut ihmissuhdeongelmat	1
Ongelmat työssä tai opiskelupaikalla	1
Seksuaalinen väkivalta tai sen uhka	1
Läheisen sairastuminen	1
Lapsuuden / aiemmat traumaattiset kokemukset	1

Tarkempi muu keskeinen keskustelunaihe (n=50).

Keskustelunaihe	Lukumäärä
Ahdistuneisuus, paniikkikohtaukset	10
Parisuhdeongelmat tai ero	5
Stressi	4
Lapsuuden / aiemmat traumaattiset kokemukset	3
Läheisen kuolema	3
Perheongelmat	3
Muut ihmissuhdeongelmat	3
Masennus (sis. itsemurha-ajatukset)	3
Ongelmat työssä	2
Seksuaalinen väkivalta tai sen uhka	2
Muu mielenterveysongelma	2
Ongelmat koulussa tai opiskelupaikalla	1
Oma sairastuminen / somaattinen syy	1
Läheisen sairastuminen	1
Omat päihdeongelmat	1
Läheisen päihdeongelmat	1
Uupuminen, burn-out	1

Suomen Mielenterveysseuran ylläpitämiin kriisikeskuksiin saavutaan useimmiten elämäntilanteeseen liittyvän kriisin, traumaattisen kokemuksen tai mielenterveysongelmien vuoksi. Tutkimuksen mukaan kriisikeskuksissa toteutettava kriisiytyö oli suurimmalle osalle asiakkaista erittäin tuloksellinen auttamismuoto. Kriisiytyön aikana tapahtui huomattavaa masennusoireiden ja yleisen psyykkisen oireilun laskua, ja muutos jatkui seurantajaksolla.

Tutkimushenkilöinä käytettiin kriisikeskusasiakkaita, joille osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineistonkerääjinä toimivat aineistonkeruuseen perehdytetyt kriisiytyöntekijät. Tuloksellisuuden mittareina käytettiin oirekyselyitä (BDI-II, BSI-53, IES-22) ja yhteistyösuhteen laatua mittaavaa WAI-R-kyselyä. Mittaus suoritettiin asiakkuuden alussa, lopussa ja puolen vuoden kuluttua asiakkuuden päättymisestä.

Raportissa on varsinaisen tutkimuksen lisäksi kolme taustoittavaa lukua. Suomen Mielenterveysseuran järjestöjohtaja Sinikka Kaakkuriniemi kirjoittaa kriisikeskusverkoston historiasta ja Roope Kankaanranta kuvailee kriisikeskuksen tyypillistä päivää. Tutkijan kirjoittama luku ”Kriisien psykologiaa – pyrkimys integraatioon” puolestaan käsittelee kriisipsykologian käytäntöä ja sen teoreettisia ja tieteellisiä taustoja sekä sisältää käytännön ohjeita kriisiytyöntekijöille.

