



KRIISITYÖN KOULUTUS – OULU 11.9.2020
☺ TERVETULOA!

**RAUL SOISALO, VAATIVAN ERITYISTASON
KOULUTTAJAPSYKOTERAPEUTTI, KLIININEN
YKSILÖ-, PARI- JA PERHETERAPEUTTI,
TYÖNOHJAAJA**

Suomen Psykologinen Instituutti

www.psyk.fi

VAROITUS SIVUVAIKUTUKSISTA

- Ennen kuin ”hoito aloitetaan” on syytä olla tietoinen mahdollisista sivuvaikutuksista.
- Koulutus saattaa aiheuttaa sivuvaikutuksia.
- Ilmeisesti, kun puhutaan tällaisista asioista, omat muistot voivat aktivoitua ja aikaansaada jopa somatisaatiota: (lihaskäntä, päänsärky, vatsavaivoja, tms.)
- Myös psyykkisiä oireita voi esiintyä : hermostuneisuutta, unettomuutta, tms.
- Ellei mene itsellään ohi 2:ssa päivässä, voi olla syytä keskustella jonkun kanssa.
- 😊



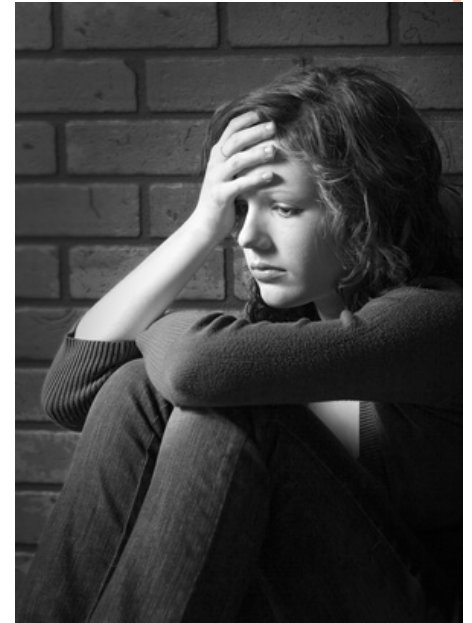
KOULUTUKSEN TAVOITE

- Koulutuksen aikana osallistujat opastetaan:
 - kriisissä olevan ihmisen kohtaamisen vuorovaikutustaitoihin sekä
 - käyttämään strukturoituja arviointimenetelmiä ja –lomakkeita. Osallistuja saa käyttöönsä työkalut mm. akuutin itsemurhariskin, väkivaltaisuuden riskin, masennuksen, maanisuuden,psykoottisuuden, paniikkioireiden, päihteidenkäytön ongelmien sekä ahdistuneisuuden arviointiin.
 - Lisäksi osallistujat perehdytetään interventioihin, jotka auttavat kriisitilanteeseen joutunutta ihmistä.
 - Mitä kriisissä oleva tarvitsee missäkin vaiheessa?



SISÄLTÖ

- Akuutin kriisin tunnusmerkit
- Kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen ja tukeminen
- Akuutin kriisin interventioperiaatteet
- Itsemurhariskin arviointi
- Väkivaltaisuuden riskin arviointi
- Mielenterveyden tilan arviointi (myös päihteidenkäytön vaikutuksen arviointi)
 - mieliala
 - paniikkioireisto
 - psykoottisuus
 - ahdistuneisuus
 - neuroottisuus
 - päihteidenkäyttö, riippuvuus ja vieroitusoireet (CAM-ICU, RASS ym.)
- Jatkohoitoon ohjaustarpeen arviointi
- Jatkohoitoon ohjauksen toteuttaminen



LÄHTEET

- Esiteksemme perustuu Suomen Psykologiliiton ja Suomen Psykologisen Seuran tieteellisen neuvottelukunnan suositukseen hyvistä käytännöistä akuuteissa kriiseissä.
- Lisäksi esitys perustuu Psykiatria –kirjan artikkeliin Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot, jonka ovat kirjoittaneet Markus Henriksson ja Jouko Lönnqvist



AKUUTTI KRIISI - MÄÄRITTELYÄ

- Akuutti kriisityö, on nopean ja määrakestoisen psykososiaalisen tuen antamista yksilöille ja yhteisöille äkillisen järkyttävän tapahtuman yhteydessä.
- Äkillinen järkyttävä tapahtuma käynnistää siihen osallistuneilla sopeutumisprosessin, jossa kaikki psyykkiset ja fyysisetkin voimavarat tulevat käyttöön. Tapahtuma koskettaa myös siihen osallistuneiden läheisiä ja laajemminkin yhteisöä.
- Akuuttiin kriisityöhön ei lueta pitkäkestoisten traumaattisten kokemusten, kuten hyväksikäytön, kaltoin kohtelun tai laiminlyönnin, aiheuttamien psyykkisten vaurioiden hoitoa eikä kehitys- ja elämäntilannekriiseihin liittyvää psykologista ohjausta tai hoitoa.



- Psyykkinen *stressi voidaan määritellä epätasapainoksi* ulkoisten haasteiden ja omien voimavarojen välillä.
- Uusi tasapaino, *stressin hallinta, voi syntyä joko ulkoisia tapahtumia* muuttamalla kuten tehtävien rajaamisella silloin kun se on mahdollista, tai lisäämällä käytettävissä olevia ulkoisia tai sisäisiä voimavaroja.
- Siedettävissä rajoissa oleva psyykkinen stressi johtaakin usein myönteisiin tapahtumiin tai edistää uusien taitojen oppimista.
- Pääosa elämän stressitekijöistä liittyy muutokseen tai niiden uhkiin läheisissä ihmissuhteissa, terveydessä ja työssä.
- Stressitekijöitä voidaan jossakin määrin ennakoida ja säädellä, mikä edistää omaa sopeutumista. Sopeutumisen kannalta on yleensä keskeistä, onko yksilön käytössä ympäristön antamaa sosiaalista tukea.



- Osa elämäntapahtumista on luonteeltaan siinä määrin järkyttäviä, psyykkisesti traumaattisia, että äkillistä elämäntapahtumastressiä voidaan kutsua *psyykkiseksi traumaksi*.
- Traumaattisiin elämäntapahtumiin liittyy vakava uhka elämälle tai fyysiselle koskemattomuudelle.
- Psykkinen trauma on tyypillisesti arkipäivän stressistä selvästi poikkeava ja ennakoimaton tapahtuma.



- Useimmat ihmiset altistuvat ainakin jossakin vaiheessa elämäänsä psyykkisille traumaolle joutuessaan kohtaamaan esimerkiksi oman vakavan sairastumisen tai läheisen odottamattoman kuoleman.
- Psyykkisiä traumoja syntyy tyypillisesti onnettomuustilanteissa ja rikostapahtumissa sekä varsinaisille uhreille että myös silminnäkijöille ja muille mukanaolijoille, joskus myös auttajille.
- Joukkotiedotuksen välityksellä psyykkisesti traumaattinen tapahtuma voi levitä laajemminkin väestöön.
- Traumaattiset tapahtumat ovat hätkähdyttävän yleisiä: National Comorbidity Survey –tutkimuksessa 61 % miehistä ja 51 % naisista oli kohdannut elämässään selvästi traumaattisen tilanteen.



- Traumaattisiin tilanteisiin joutumisen todennäköisyyttä lisäävät kodin ja asuinympäristön köyhyys ja epävakaisuus, vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat sekä myös henkilön omaan käyttäytymiseen ja päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat.



MILLAISIA KOKEMUKSIA?

- Minkälaisia kokemuksia Teillä on, hyvät kuulijat kriisissä olevan kohtaamisesta?
- Minkälaisia kriisejä?
- Minkälaisia ihmisiä ja tilanteita?
- Minkälaisia keinoja?
- Miten näitä tilanteita voisi otsikoida?



TRAUMA PSYKOLOGISENA KOKEMUKSENA



- Vakavilla traumoilla on biologisia, psykologisia ja sosiaalisia (ja ´sielullisia´) seuraamuksia, jotka ovat kriisityön haasteena: psyykkisen trauman adekvaatti läpikäynti ja sitä tukeva preventiivinen työ vähentävät traumaperäisiä mielenterveyden häiriöitä.
- Vakavia traumoja voi aiheuttaa esim. läheisen äkillinen kuolema (erityisesti väkivallan, onnettomuuden tai itsemurhan kautta), oma väkivallan kohteeksi joutuminen tai vammautuminen, muu huomattava äkillinen menetys taikka em. tilanteissa vaaraan tai silminnäkijäksi joutuminen.
- Pitkäaikaisia traumaattisia kokemuksia liittyy esim. pakolaisuuteen tai lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön.



- Vakavat traumat vaikuttavat yksilöllisesti eri ihmisiin.
- Keskeistä ei ole trauma sinänsä, vaan sen merkitys yksilölle ja se, miten yksittäinen ihminen on joutunut sen kohtaamaan.



MISTÄ TRAUMA ALKAA

- Useimmiten traumaprosessin käynnistää ensitiedon saaminen.
- Akuuttivaiheessa potilas kertoo yleensä kriisin laukaisseesta tapahtumasta heti;
- Traumaprosessin kulku on yksilöllinen sekä eri vaiheiden ilmenemismuotojen että keston suhteen.
- Todellisen tilanteen ja tapahtumakulun (mitä, missä, milloin) selventäminen antaa pohjaa kriisin työstämiselle muilla tasoilla.



- Shokki on välitön reaktio tapahtuneeseen.
- Sitä voi leimata tapahtuneen tai sen merkityksen kieltäminen, turtumuksen tunne taikka korostunut toimintakyky (tunteet ovat eristettyinä), korostunut huolehtiminen yksityiskohdista tai lamaantumisen.
- Shokissa olijä voi taantua hoivattavaksi.
- Ajantaju ja havaintokyky muuttuu: jotkut yksityiskohdat korostuvat, toiset jäävät täysin tajuamattaan.
- Akuutti stressireaktio (F43.0) tarkoittaa laaja-alaista hallinnan menetystä, jolloin potilas saattaa tarvita osastoseurannan kriisin yli.



- Reaktiovaihe käynnistyy tavallisesti muutaman minuutin - muutaman päivän kuluttua.
- Usein ahdistuneisuus silloin kasvaa, psyykkiset ja fyysiset oireet voimistuvat ja vaihtelevat.
- Tapahtunut kertaantuu mielessä ajatuksina, mielikuvina ja muina aistimuksina.
- Ajatukset kiertyvät väkisin tapahtuneeseen.
- Mielialat sekä toisaalta muistot tapahtuneesta, toisaalta tapahtuman kieltäminen heilahtelevat.



L:

- Traumaperäinen stressireaktio on alidiagnosoitu.
- Elinaikainen esiintyvyys on 8 %, mutta voi olla paljon suurempi kovia kokeneiden ihmisryhmien parissa.
- Naisilla esiintyvyys on suurempi kuin miehillä. On arvioitu, että USA:ssa traumaperäinen stressihäiriö (F43.1) on yleisin ahdistuneisuushäiriö. Siihen kuuluu
 - elimistön ylivirittyneisyyttä,
 - säpsähtelyä,
 - turtuneisuutta,
 - univaikeuksia sekä
 - tapahtuneen takaumia.
 - Traumaattinen suru poikkeaa traumaperäisestä stressireaktiosta siten, että potilas kaipaa menettämäänsä läheistään intensiivisesti separaatiostressinä. Molemmissa tiloissa keskeistä on toimintakyvyn menettäminen tapahtuneen takia.



**L: Posttraumaattiset tilat traumaprosessin eri vaiheissa.
Suomessa vuoden 1996 alusta voimassa oleva ICD-10
mainitsee seuraavat traumakokemuksiin liittyvät tilat.**

Akuutti stressireaktio (F43.0)

- Ohimenevä reaktio poikkeukselliseen fyysiseen tai psyykkiseen stressiin. Reaktio on välitön (tunnin sisällä). Traumatisoiva kokemus voi olla oma tai läheisen hengenvaara, kuten luonnonkatastrofi, onnettomuus, taistelu, rikollinen teko taikka poikkeava akuutti ja uhkaava muutos sosiaalisessa asemassa ja yhteisössä.

Lievä akuutti stressireaktio:

- Täyttää kaksi yleisen ahdistuneisuushäiriön kriteeriä.

Keskivaikea akuutti stressireaktio

- Täyttää kaksi oiretta seuraavasta listasta: huomiokyvyn kapeneminen, desorientaatio, viha tai sanallinen raivo, epätoivo tai toivottomuus, sekava tai tarkoitukseton touhuaminen, kontrolloimaton ja liiallinen surunilmaus.

Vakava akuutti stressireaktio

- Täyttää neljä yllä olevista tai dissosiattiivisen sekavuustilan kriteerit.

Kesto:

- Ohimenevässä stressitilanteessa oireet alkavat vähetä viimeistään 8 tunnin kuluttua, jatkuvassa stressissä 48 tunnin kuluttua.



L:

Traumaperäinen stressihäiriö, PTSD (F43.1)

- Reaktio katastrofaaliseen traumaan, joka menee yli ihmisen tavanomaisten kokemusten.

Oireet:

- Trauman tapahtumat vaivaavat mieltä jatkuvasti:
 - välähdyksiä ja traumaan liittyviä mielikuvia toistuu.
 - Välttämistä ja turhautumisen tunnetta: yrityksiä välttää muistumia ja trauman toistumista mielessä.
 - Lisääntynyttä fyysistä kiihtyneisyyttä: ahdistusta traumaa muistuttavien asioiden suhteen, ylivilkkautta, säikkymistä, keskittymisvaikeuksia, hermostuneisuutta ja raivonpuuskia.

Kesto:

- PTDS alkaa muutaman viikon sisällä ja kestää harvoin yli kaksi kuukautta.



L:

Sopeutumishäiriö stressiin (F 43.2)

- Yksilöllisiä oireita, jotka ilmenevät reaktioina stressiin: alakuloinen mieli, ahdistuneisuus, ärtyneisyys ja käyttäytymisen häiriöt. Nuorilla sopeutumishäiriö ilmenee käyttäytymishäiriöinä. Pienet lapset taantuvat (esim. alkavat kastella, puhua aikaisempaa lapsenomaisemmin, imeä peukaloa).

Kesto:

- Alkaa yleensä noin kuukauden kuluttua eikä kestä yli 6 kk.



Traumaan liittyvä dissosiaatiotila (F 44)

- Traumaattiseen stressiin liittyvää käyttäytymistä, jossa traumaattinen kokemus on suljettu pois osasta tietoisuutta.
- Tämä estää traumaattisen kokemuksen käsittelyä ja integroitumista. Oireet vaihtelevat amnesiasta ja stuporista (jähmettymistila) muistamattomaan pakkovaellukseen (fugue) tai ekstaattiseen transsiin.
- Sen esiintyminen liittyy voimakkaasti myöhemmän PTSD:n kehittymiseen.



- Jos traumaperäiset oireet jatkuvat vielä kuukauden kuluttua tapahtumasta, psykiatrinen tai traumaterapeuttinen konsultaatio on aiheellinen.
- Hoitamattomina oireet kroonistuvat.
- Hyödyllisiä ovat erityiset traumaterapiat, kognitiiviset lyhytterapiat sekä SSRI-lääkkeet.
- Onnistuneessa trauman työstämisessä prosessi alkaa muistuttaa suruprosessia: välttäminen on vähentynyt ja tapahtuneesta on kohtuullisen selkeä kuva.
- Traumaan liittyvät pakonomaiset muistot tulevat kontrollin alaisiksi ja tuskaisuus vähenee sekä toimintakyky ja koheesion tunne palaa.
- Vähitellen myös ahdistus ja masennus helpottuu.



KRIISIPSYKOTERAPEUTTISIA

YLEISPERIAATTEITA – OHJEITA JOKAISELLE

- Kriisissä oleva tarvitsee kuunnelluksi ja ymmärretyksi tulemista: hänen on saatava kertoa kokemansa tapahtumat asialliselle ja rauhalliselle kuuntelijalle.
- Kriisiterapeutti edustaa kriisissä olevalle inhimillistä lämpöä sekä toivon ja tulevaisuuteen suuntautumisen säilyttämistä.
- Kriisiavussa on tilaisuus traumaattisen kokemuksen kohtaamiseen siten, että kokemukseen liittyvä psyykkinen kipu ei olisi sietämätöntä.
- Kriisihoitoa tulisi antaa nopeasti ja lähellä.
- Sen tulisi toteutua riittävän aikaisessa kriisin vaiheessa ja intensiivisesti mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa ja mieluiten mahdollisimman hyvin yhdistyneenä muuhun tarvittavaan hoitoon.
- Sen tulisi yleensä toteutua siinä hoitoyksikössä ja esimerkiksi samassa yleissairaalassa, jossa potilas on sairautensa tai vammautumisensa vuoksi hoidossa.



- Kriisihoidossa keskitytään kriisin aiheuttaneen tapahtuman ja sen seurausten käsittelyyn; tavoitteena ei ole pidempiaikainen tai laajempiin psyykkisen kehityksen ongelmiin kohdistuva psykoterapia. Siinä kunnioitetaan ihmisen omia voimavaroja kriisin luonnollisen kulun läpikäymisessä.
- Kriisissä olevan perhe otetaan tarvittaessa hoitoon mukaan.
- Kriisi-interventioon osallistuvalla hoitohenkilöllä on oltava valmius tilanteen jatkuvaan uudelleenarviointiin sen varalta, että tarvitaan konkreettisia suojaavia toimenpiteitä kuten lääkehoidon tai sairaalahoidon tarpeen arviota vakavien oireiden esiintyessä.
- Lopuksi on arvioitava, tarvitseeko kriisissä ollut pidempiaikaista jatkohoitoa.



ENSIAPU PSYKKISESSÄ KRIISISSÄ

- Psykkisessä sokissa oleva henkilö tarvitsee psyykkistä turvaa ja elämän hallintaa.
- Rauhalliset puitteet ja selkeä, rauhallinen puhe ovat tärkeitä:
 - Rauhoita keskustelupaikka
 - Kätele napakasti, sano nimesi selvästi ja katso silmiin
 - Pyydä ihmiset istumaan, istu itsekin.
 - Puhuttele ihmisiä nimeltä.
 - Kuuntele, älä keskeytä
 - Ole aktiivinen, kysy
 - Hyväksy potilaan tunneilmaisu.
- Terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystyksen kiireessä psyykkisessä sokissa olevat potilaat hyötyvät defusing- eli purkutilaisuudesta, jonka kesto voi olla lyhyt (15-30 min).



PURKU ELI DEFUSING PSYKKISESSÄ KRIISISSÄ

- Kysy, mitä ajattelit heti, kun sait tiedon.
- Kysy, miltä tuntui, kun sait tiedon,
- Minkälainen olo tuli ruumiillisesti? Minkälaisia tuntemuksia?
- Mitä teit?
- Mitä ajattelet nyt?
- Kysymysten tarkoituksena on saada koottua tapahtuneen perustiedot.
- Tärkeää on, että ”aukot tarinassa” saavat mielekästä täytettä ja että kokonaisuus alkaisi hahmottumaan.



MUUTA HUOMIOITAVAA PSYKKISEN KRIISIN HOIDOSSA

- Arvioi psyykkinen tila, ota huomioon akuutti stressireaktio tai dissosiaatio-oireilu.
- Arvioi lääkärin hoidon tarve. Jos olet lääkäri, arvioi lääkityksen tarve: unilääkkeet, rauhoittavat? Älä kuitenkaan ylilääkitse. Traumatisoitunut kestää huonosti bentsodiatsepiineja suurina annoksina.
- Kirjoita tarvittava sairausloma.
- Anna kontrolliaika pian.
- Tarkista, ettei sokissa oleva jää yksin jatkossa.
- Kerro jälkipuinnin mahdollisuuksista.
- Anna yhteystietosi kirjallisesti.



VAKAVAN SAIRAUDEN KERTOMINEN

- Vakavan sairauden tai lähestyvän kuoleman kertominen aiheuttaa aina potilaalle ja omaisille kriisin. Lääkäri tai muu työntekijä voi omalla rauhallisella tavallaan vähentää kriisin traumaattista luonnetta.



- Puhu suoraan potilaalle diagnoosista, hoidosta ja ennusteesta: "Tämä sairaus ei parane."
- Käytä selkeää kieltä ja lyhyitä lauseita. Vältä lääketieteellistä slangia tai liikaa älyllistämistä.
- Ole rehellinen ja avoin tietosi rajoista. Älä anna pessimististä tai optimistista ennustetta.
- Toista viestisi useaan kertaan, puhu rauhallisesti ja katso potilasta silmiin. Varaa aikaa kysymyksiin, jotka nousevat esiin.
- Pyydä potilaan perhe mukaan seuraavaksi kerraksi, toista edellä kuvattu. Luo turvallinen ilmapiiri ja anna ihmisten olla surullisia ja vihaisia, älä yritä rauhoittaa tai piristää. Tässä tilanteessa depressiivisyys merkitsee normaalin surutyön käynnistymistä.
- Älä vie kokonaan toivoa. Varo tarkkaa ennustamista.
- Tapaa potilasta ja perhettä säännöllisesti. Keskustele hoidosta. Rohkaise perheen lapsia osallistumaan ainakin joihinkin tapahtumiin.



- Päivystykseen erilaisiin kriisitilanteisiin tulee omaisia ja ystäviä, joiden läsnäolosta on hyötyä neuvottelussa. Samoin kannattaa ottaa neuvotteluun mukaansa toinen työntekijä, erityisesti, jos tilanne on vaikea ja vaativa.
- Omaisten mukaantulo on erityisen tärkeää itsemurhauhassa ja vaikeiden psyykkisten häiriöiden kohdalla.
- Sairaalaan toimittaminen välittömästi ei ole aiheellista, jos omaiset katsovat voivansa järjestää turvallisen valvonnan kotonaan.
- Lievemmat elämäntilannekriisit pitäisi voida selvittää puhumisen keinoin. Erilaiset rauhoittavat lääkkeet eivät ole ensisijaisia hoitoja, vaikka niitä tullaan pyytämään.
- Vakava sairastuminen ja onnettomuudet tuottaman kriisin jakavat omaiset, jotka psykologisessa shokissaan voivat olla pikkulapsen kaltaisesti avuttomia, vaikka ulkonaisesti näyttävät rauhallisilta.



PSYKOLOGINEN DEBRIEFING

- Psykologisen debriefingin järjestämiseksi otetaan yhteyttä oman terveystieteiden keskuksen (tai sovitun työnjaon mukaan esim. erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon jne.) kriisiryhmään.
- Jälkipuinnin tulee aina olla vapaaehtoista ja lasten mukana ollessa tarvitaan lapsiin perehtynyt työntekijä. Erillinen lasten ryhmä voi olla tarpeellinen.
- Ajoitus! Ei shokki-vaiheessa!



PSYKOLOGISEN DEBRIEFINGIN VAIHEET

- Jälkipuintikeskustelu on tehtävään koulutettujen ammattilaisten organisoima tilaisuus, joita voi olla tapahtuneen koskettamille läheisille useita (esim. omaiset, paikalla ollut toverijoukko, työyhteisö).
- Debriefingin ajoittamisessa tulee ottaa huomioon kokonaistilanne. Esimerkiksi vammautuneen potilaan on oltava kunnolla toipumassa somaattisesti. Ei vielä shokkivaiheessa!
- Jälkipuinnissa käydään huolellisesti valmistelluin vaihein läpi tapahtunutta, sen herättämiä reaktioita ja siitä eteenpäin selviytymisen keinoja.



- Aikaa on varattava riittävästi (usein noin 3 tuntia).
- Myös rauhallinen paikka ja osallistujien koko ajan mukanaolo tuo työskentelyrauhaa.
- Tapahtuneen koskettamien ja vetäjätiimin lisäksi paikalla voi olla viranomaisia (poliisi, palopäällikkö, lääkäri jne.) kertomassa faktoja tapahtumien kulusta.
- Päävetäjän vastuulla on vaiheiden eteneminen. Apuvetäjä huolehtii ryhmän jäsenten yksilöllisistä ja käytännön tarpeista (esim. lapset, hetkeksi poistuvat jne.).
- Tilaisuus on luottamuksellinen, mutta ei terapiaa, vaan yksilön ja yhteisön normaalien selviytymiskeinojen käynnistymistä edistävä ja työstämislle riittävää informaatiota antava yhteiskeskustelu.



- Jälkipuinnin keskeinen tavoite on löytää ne ihmiset, jotka tarvitsevat yksilöllisesti apua vakaviin traumaattisiin oireisiinsa. Tämän vuoksi osallistujille jaetaan tietoa psyykkisestä tuesta.
- Myös seurantaistunnot voivat olla tarpeen.
- Jälkipuinti ei useinkaan yksistään ole riittävä, mutta sen avulla annetaan tarvittavaa tietoa ja edistetään toipumiskertomuksen syntyä.
- Lisäksi löydetään ne, jotka tarvitsevat jatkohoitoa, kaikki eivät nimittäin sitä suinkaan tarvitse.



ISTUNNON KULKU (SHOKKIVAIHEEN JÄLKEEN)

1) Aloitusvaihe

- Esittely
- Työskentelyperiaatteet, säännöt:
luottamuksellisuus, aika, salassapito
- Ei puhumispakkoa, koko ajan mukana.

2) Faktavaihe

- Kuinka kukin sai tiedon tapahtuneesta ja millainen rooli hänellä oli suhteessa tapahtumaan?
- Mitä oikein tapahtui?



3) Ajatusvaihe

- Mikä oli ensimmäinen ajatus?
- Mitä jäi mieleen?
- Kaikkien aistien rekisteröinnit tärkeitä (näkö, kuulo, kosketus, haju)
- Kysymykset ajatuksista ja fokusointi aistikokemukseen antavat usein tunnevastauksia.

4) Reaktiovaihe eli tunnevaihe

- Osallistujat kertovat, millaisia tunteita heillä on ollut eri vaiheissa: pelkoa, avuttomuuden tunnetta, itsesyytöksiä, turhautumista, raivoa, sääliä
- Mikä oli pahinta?
- Kognitiiviset, tunne- ja ruumiilliset reaktiot käydään läpi.



5) Normalisointivaihe

- Vetäjä aktivoituu kommentoimaan esiin tulleiden reaktioiden samankaltaisuutta.
- Käydään läpi myös reaktioita, jotka ovat odotettavissa lähiviikkoina.
- Kerrotaan jaksamista ja selviytymistä edistäviä keinoista, osin mukanaolijoiden omia havaintoja hyväksikäyttäen. Korostetaan tapahtuneen poikkeuksellisuutta ja reagoinnin normaaliutta.



6) Päätösvaihe

- Yhteenvedo ottaen huomioon, mitä kukin on huomannut.
- Mahdollisen seurantakontaktin sopiminen 3-4 viikon päähän.
- Vetäjien puhelinnumerot. Yhteyttä on syytä ottaa, jos
 - reaktiot eivät laannu kuukaudessakaan
 - reaktion voimakkuus lisääntyy
 - asianomainen tai hänen läheisensä huomaa suuria luonnemuutoksia
 - perhe-elämä tai työelämä ei toimi
 - haluaa saada tietoa kriisiavun mahdollisuuksista.



AKUUTIN KRIISITYÖN TOIMINTAPERIAATTEET

Akuutin kriisiavun tehokkuuden kannalta keskeisiä toimintaperiaatteita ovat

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



AJOITUKSESTA

- **Akuutin kriisiavun ajoitus, lähestymistavan valinta ja annostelu perustuu psykologiseen sopeutumisprosessiin ja sen vaiheisiin.**
- Sopeutumisprosessin vaiheet ovat (Saari, 2000, Cullberg, 1991):
 - 1. Psyhykinen sokki
 - 2. Reaktiovaihe
 - 3. Työstämis- ja käsittelyvaihe



1. PSYKKINEN SOKKI

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



2. REAKTIOVAIHE

- edellyttää, että ollaan jo turvassa
- tullaan vähitellen tietoiseksi siitä, mitä todella on tapahtunut ja mitä se merkitsee itselle ja omalle elämälle
- voimakkaat ajatukset ja tunteet läsnä
- heikentynyt toimintakyky useimmiten
- mieli auki, tavanomaiset defenssit eivät vielä toimi...



3. TYÖSTÄMIS- JA KÄSITTELYVAIHE

- tavoitteena etäisyyden saaminen järkyttävään kokemukseen, defenssit alkavat jälleen toimia
- prosessi hidastuu (osin defenssienkin ansiosta)
- ajatusten ja tunteiden perusteellisempi työstäminen: tarvitaan aikaa...
- tavoitteiden ja tehtävien sopeuttaminen heikentyneeseen toimintakykyyn



MENETELMIEN VALINTA SOPEUTUMISPROSESSIN VAIHEEN MUKAAN

- Eri vaiheissa edellytetään auttajalta erilaisia toimenpiteitä.
- Tämä edellyttää, että ainakin karkeasti ottaen ollaan tietoisia asiakkaan prosessin vaiheista.



1. SOKKIVAIHE – PSYKKINEN ENSIAPU

Psyykkisessä ensiavussa olennaista:

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



INSTRUKTIO

- Kerro pinon päällimmäisiä ajatuksia tähän mennessä ja lisäksi...
- Minkälaisia haasteita olet kohdannut kriisi-/traumateemaan liittyen omassa työssäsi nepsyasiakkaiden kanssa? Tai muutoin.



2. REAKTIOVAIHE – VARHAINEN INTERVENTIO

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

Varhaisessa interventiossa olennaista:

- ryhmän oikea kokoonpano (ryhmän ”yhteiset nimittäjät”, esimerkiksi saman perheen jäsenyys, sama työpaikka, samanlainen rooli onnettomuustapahtumassa)
- ryhmien muodostaminen altistumisen, sosiaalisen tuen maksimoimisen ja jakamisen tärkeyden ja helppouden perusteella



- ryhmän jäsenten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen
- rohkeus ja taito vaikeiden ajatusten ja tunteiden käsittelyyn ja juuttumien purkamiseen
- ryhmäprosessin hyväksikäyttö
- ryhmän tapaamisten oikea rytmitys ottaen huomioon osallistujien tarpeet ja vastaanotto- ja käsittelykyky (oikea annostelu), ryhmän tapaamisia tarpeen mukaan
- lisäävun tarvitsijoiden tunnistaminen ja ohjaaminen tarvittaviin palveluihin
- erittäin vaativaa vetäjien taitojen ja osaamisen osalta



3. TYÖSTÄMIS- JA KÄSITTELYVAIHE

Kriisi- ja traumaterapiat, ammatillisesti johdettu vertaistuki

- Pitkäkestoisempien, osittain tiedostamattomien ja myös fyysisten reaktioiden ja muistojen käsitteleminen traumaterapeuttisia menetelmiä käyttäen
- Huonosti puheen keinoin tavoitettavissa olevien tuntemusten (traumaattiset muistot, jotka ovat tallentuneet ei-kielellisessä muodossa) käsittely esimerkiksi EMDR:llä (silmänliikkeillä poisherkestäminen ja uudelleen prosessointi, Shapiro, 1995)



- Ammatillisesti johdettu vertaistuki, jossa samassa asemassa olevat ja samantyyppisen kokemuksen kokeneet voivat jakaa kokemuksiaan kriisityön ammattihenkilön johdolla (Saari, 2006, Dyregrov, ynnä muut 2009).
- Tässä vertaistuessa olennaista
 - ryhmien muodostaminen mahdollisimman homogeenisiksi kokemuksen, perheaseman, iän jne. suhteen.
- Vertaistuki edellyttää:
 - runsaasti etukäteistietoa vertaistukeen tulijoista
 - riittävää populaatiota, jotta ryhmät voidaan muodostaa homogeenisiksi
 - vertaistukiprosessin huolellista suunnittelua tapaamisten ajankohtien, keskeisten teemojen, käsittelymenetelmien ynnä muun valinnassa
 - asiantuntevia ja sitoutuneita vetäjiä.



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



MINKÄLAISTEN KRIISIEN KOHTAAMINEN ON MAHDOLLISTA?

- Kun ajattelette omaa työtänne, niin minkälaisiin psyykkisiin kriiseihin teidän oikeasti olisi hyvä ja viisasta varautua?
- Minkälaisia taitoja tarvitsisitte kohdatessanne omia asiakkaitanne:
 - A) kriisivaiheessa
 - B) reaktiovaiheessa
 - C) työstämis- ja käsittelyvaiheessa
- Minkälaista apua teidän tulisi työntekijöinä saada, jos joudutte auttamaan asiakkaitanne tällaisissa tilanteissa?



VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS



TÄRKEÄÄ!

SOKKIVAIHEEN VUOROVAIKUTUS

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



TÄRKEÄÄ!

REAKTIOVAIHEEN VUOROVAIKUTUS

- Reaktiovaiheessa on olennaista, että työntekijällä on kyky tunnistaa asianosaisten psyykkisen käsittelyn solmukohdat tai juuttumat,
- Asiakasta autetaan lempeästi menemään kohti vaikeita ajatuksia ja tunteita, varoen kuitenkin defenssien purkua.
- Tässä vaiheessa työntekijän tehtävänä on olla aktiivinen ja auttaa asianosaisia tulemaan tietoisiksi järkyttävän kokemuksen tuottamista reaktioista, ajatuksista ja tunteista.
- Koska käsittely useimmiten tapahtuu ryhmässä, työntekijän tehtävänä on myös edistää istuntoon osallistuvien keskinäistä vuorovaikutusta ja keskinäistä tukea.



TYÖSTÄMISVAIHEEN VUOROVAIKUTUS

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



KRIISIAUTTAMISEN UHAT

- Eri vaiheissa tarvitaan erilaista apua, avun väärä ajoitus vie siltä tehoa eikä tunnu hyvältä.
- Tärkeää on myös avun oikea annostelu. Liian suuret annokset liian varhain vievät kriisiavulta tehoa.
- Sokkivaiheessa auttaa aktiivinen kuuntelu, levollinen läsnäolo, käytettävissä oleminen ja kyky rauhoittaa.



- HUOM!!! TÄRKEÄÄ!!Trauman käsittelyprosessia ei tule avata sokkivaiheessa, koska asianosaisille ei vielä ole mahdollista käsitellä tapahtumaa syvemmin.
- Jos varhainen interventio (psykologinen läpikäynti) ajoittuu liian aikaiseen eli sokkivaiheeseen, sillä ei ole tehoa vaan voi olla jopa haitallinen.
- Jos koulutuksesta jää vain yksi asia mieleen, niin se voisi olla tämä dia!



- Ammattitaitoisessa kriisityössä ei myöskään avata traumaattisen tapahtuman käsittelyprosessia uhkaksi stressitilanteen vielä jatkuessa. Tällaisesta toiminnasta potilaalle saattaisi olla haittaa (tarpeellinen suojarreaktio murretaan).
- Jos potilas esimerkiksi on fyysisen vamman vuoksi hoidettavana sairaalassa, jatkuu uhka- ja stressitilanne ja samalla sokkivaihe.
- Sokkivaiheessa yksi keskeinen uhka on, ettei auttaja kestä asianosaisten voimakkaita tunteita, vaan lähtee itse ottamaan tilaa kertomalla omia kokemuksia, ottamalla kantaa tai lohduttamalla liian aikaisin. Tällöin asianosainen ei voi riittävästi käsitellä omia ajatuksiaan ja tunteitaan, vaan käsittely estyy.



- Uhkana on myös kylmä kyyninen suhtautuminen, koska tapahtuma on vietävä riittävän kauas itsestä, jotta sen kestäisi. Voi käydä niin, että auttajat suojautuvat voimakkaita tunteita vastaan, jotta pystyisivät säilyttämään oman mielentasapainonsa.
- Reaktiovaiheessa ongelmia voi tuottaa varhaisen puuttumisen vastustus: uskomus, että valtaosa ihmisistä selviää omin avuin, jolloin apua tarjotaan vasta kun häiriö on kehittynyt. Myös avun tarvitsijoiden tavoittamisessa (kattavasti) on edelleen ongelmia.
- Haittaa voi aiheuttaa myös kriisityöhön kohdistunut virheellinen kritiikki, joka uhkaa toimivaa, kliinisesti koeteltua työmuotoa: työntekijät eivät uskalla tehdä, tuen tarvitsijat eivät uskalla hakeutua avun piiriin.



- Reaktiovaiheessa ongelmia tuottaa myös passivisuus avun tarjoamisessa.
- Nykyisin tiedetään, että traumaattisen tapahtuman kohtaamisen ja työstämisen välttely on vahingollista.
- Traumaperäinen stressihäiriö kroonistuu kolmen kuukauden kuluessa.
- Traumaperäisen stressihäiriön rinnalle kehittyä usein ajan kuluessa depressio ja muita psyykkisiä häiriöitä, yleisimmin alkoholin väärinkäyttöä tai alkoholiriippuvuus ja ahdistuneisuushäiriö.
- Tuoreesta traumasta johtuvan häiriön hoitaminen on helpompaa kuin kroonisten tai kompleksisten traumaperäisten stressihäiriöiden. Apua on siis tarjottava aktiivisesti ja mahdollisimman varhain.



ARVIOINTI

- Kriisiasiakkaan tilanteen arvioimisessa on oma vastatransferenssitunne keskeisessä roolissa:
 - Oma aavistus/ mitä ammatillinen vaisto sanoo



INTERVENTION VALINTA

- Ennen kuin voi valita intervention, tulee olla käytynä kaikkien interventioon osallistuvien kanssa läpi vaiheet
 - A) Mistä on kysymys.
 - B) Mitkä ovat vaihtoehdot, valitaan sopiva strategia.
 - C) Toimeenpanovaihe ja arviointi. Oliko apua?



INTERVENTIO EPÄONNISTUU, JOS

- Tyydytään näkyvien oireiden lievittämiseen.
- Autetaan asiakasta välttelemään ahdistusta sen sijaan että autettaisiin häntä parantamaan ahdistuksensietokykyään.
- Ei tunnisteta oireen funktiota ja tarjota apua sinne tasolle.
- Ei tunnisteta rinnakkaisia riippuvuusongelmia, joista yleisin on nettipornoriippuvuus, muu internetiriippuvuus, tietokone- tai rahapeliriippuvuus.



STRUKTUROITUA ARVIOINTIA

- Erityisesti epävarmoissa tilanteissa voi turvautua skrukturoituihin arviointim metodeihin.
- On huomattava, että kyselylomake on aika iso interventio eikä sitä kannata sellaisenaan toteuttaa tilanteen ollessa liian epävakaa.
- Tulee ensin kyetä arvioimaan, onko nyt sopiva hetki, jotta voidaan tehdä strukturoituja kysymyksiä.
- Jos on epävarma, kannattaa mieluummin olla tekemättä ja keskittyä vain aktiiviseen kuunteluun, vrt. sokkivaiheen tuki.



ITSEMURHA- JA VÄKIVALTARISKI

- Suomeen on standardoitu SASII- kyselylomake
- Sen käytöstä järjestetään erillisiä koulutus-päiviä: PsL Vojna Tapola
- Liitteenä olevaa lomaketta: Itsemurha- ja väkivaltariskin arviointi voi käyttää haastattelun tukena, se ei ole standardoitu tutkimusväline, mutta sitä voi kyllä tukimateriaalina käyttää.
- SIS (liitteenä) on käyttökelpoinen ja standardoitu lomake tilanteeseen, jossa asiakas on yrittänyt suisidia



SUISIDIYRITYKSESTÄ

- Usein itsemurhayritys on yritys ratkaista ongelmia, joihin potilas ei muilla keinoilla ole löytänyt ratkaisua.
- Jos potilaalla ei ole itsemurhayrityksen jälkeen uusia keinoja ratkaista ongelmiaan tai hän ei saa asianmukaista hoitoa mielenterveyden häiriöönsä, on suuri vaara, että yritys toistuu.
- Ja lopulta hän myös onnistuu!



PÄIHTYNYT ITSEMURHAKANDIDAATTI

- Päihtymyksestä riippumatta päivystyksen lääkäri yhdessä työryhmän kanssa arvioi, minkälaisen hoidon tarpeessa potilas ensisijaisesti on.
- Ts. jos hoidon tarve on psykiatrissa esimerkiksi itsetuhoajatusten vuoksi, on välittömässä hoidon tarpeessa oleva potilas otettava vastaan ja hoidettava päihtymystilasta huolimatta.
- Potilaan hoito perustuu kokonaisarvioon eikä päihtymystila (promilleraja) ratkaise sitä.



ITSEMURHAKANDIDAATIN TUNNISTAMINEN

- Psykiatrinen anamneesi ja oirekuva (huomioiden erityisesti potilaan mieliala, psykoottisuus ja päihtymystila).
- Intuitiivinen työskentely ja vastatunteiden käyttö – voisiko kyse olla itsemurhavaarasta?



PUHEEKSI OTTAMINEN, SIITÄ VAIN

- Ajatuksista vahingoittaa itseään tai itsemurha-ajatuksista on kysyttävä ja keskusteltava avoimesti.
- Kysytään itsemurhasuunnitelmasta tai –menetelmästä, jolla kartoitetaan itsemurhayrityksen vakavuusastetta.
- Mahdolliset aikaisemmat itsemurhayritykset – milloin, menetelmä ja syy itsensä vahingoittamiseen.
- ...



...PUHEEKSI OTETAAN MYÖS

- Psykykinen tila – potilaan toivottomuuden, ahdistuksen, arvottomuuden, keinottomuuden ja avun tarpeen kartoitus.
- Kartoitetaan itsemurha-ajatukset ja siihen liittyvät helpotuksen tunteet sekä kuoleman toiveen määrää.



KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN

- Voidaan jakaa sosiaalisiin ja emotionaalisiin vaikeuksiin
- Käytöshäiriö on toistuva, pitkäaikainen, vähintään 6 kk kestänyt toisten perusoikeuksien ja iänmukaisten sosiaalisten käyttäytymisnormien rikkominen
- Poikkeavaa käyttäytymistä määrittelee myös kulttuuri, historia ja määrittelijä itse
- ...enää ei ole houruinhuoneita...



- Mielensterveyshäiriöt muuttavat persoonallisuutta ja käyttäytymistä
- Kehitysvammaisista 30-50 %:lla mielensterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä
- Käyttäytymisen häiriö voi johtua myös jostakin riippuvuudesta (päihde, pelihimo, näpistely, seksiriippuvuus, tuhopolttohimo..)



- Muita käyttäytymisen häiriötiloja
 - Paniikkihäiriö
 - Pakko-oireinen häiriö (pakkoajatukset, pakkotoiminnot)
 - Äkillinen stressireaktio
 - Henkilö on altistunut merkittävälle fyysiselle tai henkiselle rasitukselle ja on voimakkaasti ahdistunut
 - Sopeutumishäiriö stressiin
 - Yksilöllisiä oireita, jotka ilmenevät reaktioina stressiin: alakuloinen mieli, ahdistuneisuus, ärtyneisyys ja käyttäytymisen häiriöt. Nuorilla sopeutumishäiriö ilmenee käyttäytymishäiriöinä. Pienet lapset taantuvat (esim. alkavat kastella, puhua aikaisempaa lapsenomaisemmin, imeä peukaloa).



- Muita käyttäytymisen häiriötiloja
 - Paniikkihäiriö
 - Pakko-oireinen häiriö (pakkoajatukset, pakkotoiminnot)
 - Äkillinen stressireaktio
 - Henkilö on altistunut merkittävälle fyysiselle tai henkiselle rasitukselle ja on voimakkaasti ahdistunut
 - Sopeutumishäiriö stressiin
 - Yksilöllisiä oireita, jotka ilmenevät reaktioina stressiin: alakuloinen mieli, ahdistuneisuus, ärtyneisyys ja käyttäytymisen häiriöt. Nuorilla sopeutumishäiriö ilmenee käyttäytymishäiriöinä. Pienet lapset taantuvat (esim. alkavat kastella, puhua aikaisempaa lapsenomaisemmin, imeä peukaloa).



▶ Somatisaatiohäiriö

- Moninaiset, toistuvat ja usein muuttuvat ruumiilliset oireet, jotka ovat jatkuneet ainakin kaksi vuotta. Potilaalle on tehty usein paljon löydöksiltään normaaleja tutkimuksia
- Mm. erilaiset vatsaoireet, sydän- ja verenkiertoperäiset vaivat, virtsa- ja sukuelinten sekä iho-oireet ja erilaiset kivut

▶ Hypokondrinen häiriö

- Sitkeä päänäpintymä, että potilas sairastaa vakavaa ruumiillista sairautta. Potilas tulkitsee tavallisia aistimuksia tai lieviä oireita poikkeaviksi ja huolestuttaviksi.



- ▶ Konversiohäiriöt (Dissosiaatiohäiriöt)
 - Aistimusten tai ruumiinliikkeiden osittainen tai täydellinen katoaminen. Tutkimukset eivät osoita mitään tunnettua ruumiillista sairautta. Psykykinen ristiriita muuntautuu somaattisesti sairaan ihmisen käyttäytymisen jäljittelemiseksi.
- ▶ Pitkäaikainen kipuoireyhtymä
 - Sitkeä ja kärsimystä aiheuttava kipu, jota ei täysin selitä mikään ruumiillinen häiriö
- ▶ Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)
 - Ydinoireita keskittymiskyvyttömyys, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. Aikuisena ulospäin näkyvä ylivilkkaus ja levottomuus usein vähenevät, tilalle sisäinen levottomuus, työmuistin häiriöt, organisoimisen vaikeus



PSYKOSOMAATTISET SAIRAUDET

- Yhteistä
 - Riippuvuus
 - Avuttomuus
 - Periksiantaminen
 - Vaikeus käsitellä vihantunteita
 - Ihmissuhdevaikeudet
 - Masennus

- → psyykinen keinottomuus



MIELIALAN SEURAAMINEN

- Mielialahäiriöissä mieliala ja sen vaihtelu poikkeaa ”normaalista”
 - Masennus
 - Hypomania
 - Mania
 - Kaksisuuntainen mielialahäiriö



MASENNUKSEN OIREET

- a) Motivaatio ja vireystaso
 - aloitekyvyttömyys
 - haluttomuus
 - väsymys
 - tyytymättömyys, kyynisyys
 - unettomuus
 - levottomuus

- b) Kognitiiviset toiminnot
 - muistamattomuus
 - ajattelun kapeutuminen
 - hajamielisyys
 - päätöksenteon vaikeus



c) Persoonallisuuden muutokset

- minäkuvan mureneminen
- itseluottamuksen heikkeneminen
- ongelmien suurentelu

d) Tunne-elämän muutokset

- pettymys
- välinpitämättömyys
- rauhattomuus
- hajanaisuus
- kireys



e) Sosiaalisten taitojen muutokset

- vetäytyminen
- kyvyttömyys toimia roolin mukaisesti
- vieraantumisen arvoista tai normeista

f) Epämääräiset kehon tunteet

- vatsavaivat
- hiustenlähtö
- lievä lämpöily
- öinen hikoilu
- oksettava olo



MANIAVAIHEESSA IHMINEN ON

- Erittäin puhelias, toimelias ja fyysisesti rauhaton
- Sosiaalisesti estoton
- Suuruusharhainen
- Kohonneen itsetunnon omaava
- Joskus harhaluuloinen, aisti- ja vainoharhainen ja sekava



SUHE, SE ON KAIKISTA TÄRKEIN!

- Ennen kuin voi olla kunnollista keskustelua, tulee olla jonkunlainen vuorovaikutussuhde.
- Suhteen laatu on suoraan verrannollinen keskustelun vaikuttavuuteen.

POHTIKAA HETKI ...

- Minkälaisia keinoja meillä on vaikuttaa siihen, että suhde eri keskustelukumppaneihimme olisi mahdollisimman hyvä?



- Kunnioittaminen
- Arvostaminen
- Kuunteleminen
- Tilan antaminen
- Todesta ottaminen
- Ajan antaminen
- Setting
- Empatia
- Palveluasenne



HUOMIOITAVIA ASIOITA

- Toivoton mieliala.
- Kriisi tai elämäntilanteessa ilmenevät muutokset.
- Masennustila, johon liittyy mm. toivottomuutta, ahdistusta, vaikeaa unettomuutta, paniikkikohtauksia, mielihyvän kokemuksen menetystä tai psykoottisia harhaluuloja.
- Yksinäisyys ja sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen.
- Epävakaa persoonallisuushäiriö ja psykoottisuus.
- ...



...EDELLEEN HUOMIOIDAAN...

- Somaattinen sairaus ja/tai voimakas kivuliaisuus.
- Aikaisempi itsemurhayritys, etenkin väkivaltainen itsemurhayritys.
- Omaisen, muun sukulaisen tai läheisen aikaisempi itsemurha.



SOSIAALINEN KARTOITUS

- - Asuuko potilas yksin, onko hänellä puolisoa, perhettä, lähiomaisia, tukiverkosta tai kotieläimiä?
- - Potilaan omien selviytymiskeinojen kartoitus
- huomioidaan potilaan sosiaalinen tilanne, kuten työttömyys, eläkkeelle jääminen, köyhyys, huoli tai nopea muutos taloudellisessa tilanteessa sekä syrjäytyminen.



MUU MIELENTILA

- Arvioinnin tukena voi käyttää:
- BDI –kaavake (liitteenä)
- Paniikkihäiriöoireistokaavake (liitteenä)
- Päihteidenkäytön riskin arviointikaavakkeita (liitteenä)
- MÅDRS - depressioasteikko
- Suicide intent scale (SIS)
- Toivottomuuden arviointiasteikko (HS)



ITSEMURHISTA YLEENSÄ

- Yli 90% suisidintekijöistä kärsi jostakin mielenterveyspulmasta, esimerkiksi:
 - Depressio (myös bipol taudin depr jakso)
 - Skitsofrenia
 - Persoonallisuushäiriö
 - Päihdepulma



PSYKOOSISTA

ilmaantumisjärjestyksessä

- Ennako-oireet (voivat kestää muutamasta päivästä vuosiin):
- neuroottiset oireet (mm. ahdistuneisuus)
- mielialaoireet (mm. masentuneisuus, mielialan vaihtelu)
- tahtoelämän muutokset (mm. apaattisuus)
- kognitiiviset muutokset (mm. keskittymiskyvyttömyys)
- fyysiset oireet (mm. unihäiriöt)
- muut oireet (mm. havaintojen vääristymät ja epäilevyys)
- käyttäytymisen muutokset (mm. toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteista vetäytyminen)



Akuuttivaiheen oireet:

- positiiviset oireet (yleisimmät)
 - aistiharhat (erityisesti kuuloharhat)
 - harhaluulot (varsinkin eriskummalliset)
- puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus
- negatiiviset oireet
- tunteiden latistuminen,
- puheen köyhtyminen,
- tahdottomuus ja kyvyttömyys tuntea mielihyvää.



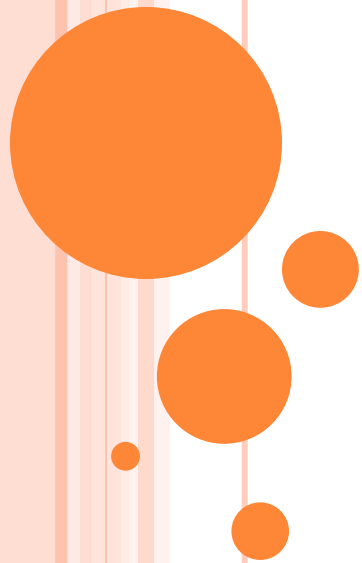
IHAN "NORMAALIKIN" VOI MENNÄ PSYKOOSIIN

- Oireina voi esiintyä psyykkisen trauman jälkeen hajanaisuutta, harhaluuloja, aistiharhoja, järjestäytymätöntä käytöstä, kiihtymystä, masennusta, ahdistusta, itsemurha-ajatuksia, epätoivoa, itsesyytöksiä sekä ympäristöön liittyviä suhteuttamis- ja kohdistamisharhaluuloja.
- Poikkeuksellisen massiivi psyykkinen trauma voi altistaa anamnestisesti "normaalin" henkilön reagoimaan psykoottisesti. Usein potilaan peruspersoonallisuudessa on havaittavissa neuroottista tai neuroosia vaikeampaa haurautta, intelligenssivaje tai sosiaalisten taitojen ja tuen riittämättömyyttä.



- Psykoosin keskeinen oire on todellisuudentajun, realiteetintestauksen katoaminen. Potilas ei erota intrapsyykkisiä impulsseja ulkomaailman ärsykkeistä: hän ei erota, mikä on mielikuvitusta, mikä itsen ulkopuolista todellisuutta.
- Akuutisti psykoottisen henkilön somaattisessa, psykologisessa tai sosiaalisessa tilanteessa on voinut tapahtua muutos, esimerkiksi muutto kotoa, omaisen kuolema, opiskelun aloittaminen, ihmissuhdepettymys, eroottinen kokemus, työpaikan menetys, avioero, lapsen syntymä (puerperaalipsykoosit), lääkityksen lopettaminen tai vaihdos, hoitosuhteen kriisi tai päättyminen tai somaattinen sairaus. Potilaan haastattelun ja arvioinnin yhtenä tavoitteena tulee olla vastaus kysymykseen: miksi juuri nyt?





PSYKOLOGINEN HAVAINNOINTI

MITÄ HAVAINNOIDAAN?

- Ulkonäkö ja olemus
 - Siisteys
 - Asiallinen pukeutuminen
 - Kehon asennot ja ryhti (kehonkieli)
- Motoriikka ja eleet
 - Nopeus/hitaus
 - Motoriikan tarkkuus
 - Jähmeys
 - Ilmeet



MITÄ HAVAINNOIDAAN HAASTATELTAVASTA?

- Mieliala- ja tunnereaktiot
 - Matala/korkea mieliala (masennus, maanisuus)
 - Onnellisuus ja ilo
 - Tunneilmaisun voimakkuus/laiheus
 - Tunnereaktioiden ”oikeellisuus ja oikeutus”
 - Kyvyttömyys ilmaista ja tunnistaa tunteita
 - Tunteiden torjunta
 - Empatiakyky tai sen puute



- Impulsiivisuus
- Ahdistuneisuus ja sen aste
- Pelot
- Psyykkinen kipu, tuskaisuus, surureaktiot
- Pettymyksen tunteet
- Aggressiivisuus



MITÄ HAVAINNOIDAAN HAASTATELTAVASTA?

- Ajatustoiminta ja puhe
 - Puheen nopeus/hitaus
 - Äänenpainot
 - Puheen sisältö, ajatuskulut
 - Puheen loogisuus, assosiaatiot
 - Todellisuudentaju (puheen kautta ajatukset ja sisäinen maailma tulevat ilmi)



MITÄ HAVAINNOIDAAN HAASTATELTAVASTA?

- ▶ Aistitoiminnot
 - Miten ja mitä
 - Näkee, kuulee, maistaa, haistaa, tuntee... → vastaako todellisuutta (todellisuudentaju)
- ▶ Orientoituminen
 - Aika ja paikka
 - Oma itse, muut
 - Tilanne
 - Kyky hahmottaa organisaatio, sen tehtävät ja oma rooli siinä
 - Kyky hahmottaa realistisesti itsensä ja muiden mahdollisuudet ja rajoitteet



MITÄ HAVAINNOIDAAN HAASTATELTAVASTA?

- Muisti
 - Lyhytkestoinen muisti
 - Pitkäkestoinen muisti
- Älylliset toiminnot
 - Looginen ajattelu
 - Älyllinen toimintakyky



MITÄ HAVAINNOIDAAN HAASTATELTAVASTA?

- Keskittymiskyky
 - Miten pystyy keskittymään esim. vuorovaikutukseen, toimintaan...
- Arvostelukyky
 - Toimiiko adekvaatisti, tilanteen edellyttämällä tavalla



PSYYKKISEN TILAN SEURANTA

- Havainnoidaan myös haastateltavan käyttämien **defenssien eli puolustuskeinojen** ja niiden tarkoituksenmukaisuuden avulla
- Ihminen pyrkii säätelemään omaa ahdistustaan, voimattomuuttaan, riittämättömyyden tunteitaan ja pelkojaan erilaisten toimintojen avulla (nauru, vitsailu, suuttuminen, epäolennaisuuksiin keskittyminen, syyttelemällä muita, tai esim. somaattiseen sairauteen pakenemalla)
- Mitä heikompi itsetunto on, sitä herkemmin ihminen joutuu itseään suojaamaan ja sitä alkeellisempia puolustusmekanismeja hän käyttää



- Alkukantaisia ja kypsymättömiä defensessejä ovat mm.
 - Kieltäminen ja kiistäminen → vaikea ja ahdistava asia katoaa, kun sitä ei ”nähdä”
 - Taantuma eli regressio → palataan ikäänsä varhaisemmalle kehitystasolle, koska ei halua kantaa odotettua vastuuta omasta ja toisten hyvinvoinnista
 - Projektio eli heijastaminen → omat hankalat ajatukset, toimintaimpulssit ja käyttäytymispiirteet siirretään itsen ulkopuolelle



PROJEKTIO ELI HEIJASTAMINEN

- Omat ominaisuudet, kuten
 - Vihantunteet
 - Itsekkyyys
 - Kateus
 - Kauna
 - Osaamattomuus
 - Mustasukkaisuus
 - Epäluotettavuus
- ..siirretään toisen ihmisen ominaisuuksiksi.
Tällöin näistä asioista voi myös syyttää toista.



PROJEKTIO ELLI HEIJASTAMINEN (JATKUU)

- ▶ Omat alemmuuden- ja syyllisyydentunteet helpottuvat, kun vaikeita ovatkin muut kuin itse
- ▶ Syytökset usein yllättävät ja hämmentävät niiden kohteen ja asioiden selvittely on hankalaa → projektiota käyttävä löytää helposti uusia syytöksiä, jotta ei joutuisi kohtaamaan ja tunnustamaan puutetta itsessään
- ▶ Voimakas projektio on tyypillistä vaikeissa mielenterveyden häiriöissä kuten paranoidisissa tiloissa ja psykooseissa
- ▶ Projektiivinen identifikaatio: nähdään toisessa mitä tiedostamatta tai tiedostetusti pelkää itsessään olevan... esim. uskottomuuteen taipuvainen mies epäilee vaimoaan uskottomuudesta



INTROJEKTIO

- ▶ Sisäistäminen → jonkun muun haluamaa asiaa tai ominaisuutta ”imetään” osaksi itseä, vaikkei se luonnostaan olisi osa itsen luonnetta
- ▶ Lapsuudessa normaali reaktio
- ▶ Samastuminen, matkiminen nuoruudessa
- ▶ Aikuisuudessa introjektio kertoo persoonallisuuden kehityksen häiriöstä
 - Kameleonttimaisuus ja samastuminen
 - Jees ihmiset, jotka usein joutuvat ”hyväksikäytetyiksi”
 - ”Liukas kuin saippua” – ei ole mitään, mihin tarttua tai luottaa
- ▶ Liittyy myös osana erilaisiin psyykkisiin häiriöihin (masennus, päihderiippuvuus, psykosomaattiset oireet)



- Mitä häiriintyneempi yksilö tai ryhmä on, sitä herkemmin se ajautuu regressiiviseen käyttäytymiseen ja alkeellisten defenssien käyttöön
- Huom. Vaikeassa kriisissä ihminen usein ohimenevästi regressoituu, mikä on tuossa tilanteessa normaalia käytöstä



NEUROOTTISET DEFENSSIT

- Selittäminen, rationalisaatio ja älyllistäminen
 - Käyttäytymisen syyt haetaan itsen ulkopuolelta erilaisista tilanteista
 - Toimintaa selitetään järkevällä tavalla, esim. tehtävässä epäonnistuminen johtui valvomisesta, kiireestä, unohtamisesta, sairastelusta
 - Jatkuva lääketieteellisen tiedon hakeminen esim. läheisen kuolemaan johtuvista syistä → omaa ahdistusta ei hallita



NEUROOTTISET DEFENSSIT (JATKUU)

○ Arvon kielto

- Kun haluttua tavoitetta ei saavuteta, sitä vähätellään (esim. työpaikka) ”happamia sanoi kettu...”
- Merkityksellisen ihmissuhteen katketessa toinen ihminen leimataan hankalaksi ja täten mitätöidään tai hänen arvoaan vähätellään. ”kyllähä tuosta joutíkin eroon...”
- Tyypillistä kateus ja katkeruus, joilla estetään toisen ihmisen tarpeet, oikeudet ja arvon tunnustaminen ”mitä se tuoki luulee olevansa...”



NEUROOTTISET DEFENSSIT (JATKUU)

- ▶ Kohteen siirto tai vaihto - transitionaaliobjekti
 - Tunteiden todellinen kohde korvataan toisella
 - Lapsilla normaalia esim. pehmolelut, kun irtaudutaan äidistä
 - Aikuisilla esim. pettymys esimieheen puretaan suuttumuksena puolisolle → puoliso purkaa kiukkunsa lapsiin → lapset leikkitovereihinsa tai leluihinsa
 - Huonot ihmissuhdekokemukset voivat aiheuttaa rakkauden kaipuun tunteen siirtämisen esim. eläimiin tai esineisiin



- ▶ Vastakohtaksi kääntäminen eli reaktionmuodostus
 - ▶ Todellisia tunteita ei uskalleta kohdata eikä näyttää → piilotetaan tunteet ja käyttäytyään täysin vastakkaisesti
 - ▶ Esim.
 - ▶ lastaan vihaava äiti muuttuu ylihuolehtivaksi,
 - ▶ epävarma ihminen muuttuu jääräpäisen itsevarmaksi ja tietäväksi,
 - ▶ aggressiivinen henkilö korostuneen kohteliaaksi ja rauhantahtoiseksi,
 - ▶ kielletty pelko muuttuu uhkarohkeudeksi
 - ▶ Henkilö itse voi olla muutoksesta ylpeä, mutta läheiset kokevat uuden käyttäytymisen keinotekoisena ja epäaitona.
 - ▶ Kun defenssi pettää, aidot tunteet pääsevät esiin
 - ▶ Pakkoneurootikoilla tyypillinen minän puolustuskeino



- Tyhjäksi tekeminen
 - Taikauskoinen ajattelu ja toiminta
 - Moraalia koettelevan teon jälkeen teko ja syyllisyydentunne yritetään mitätöidä esim. peseytymällä huolellisesti, lähtemällä lenkille, lukemalla Raamattua, tekemällä hyvän työn jne.
 - Defenssin runsas käyttö kuvaa häiriintynyttä mielenrauhaa ja runsaita syyllisyydentunteita
 - Tyypillinen suojautumiskeino pakkoneurootikolle.



○ Torjunta

- ▶ Mieltä ahdistava kokemus tai ajatus painetaan pois tietoisuudesta ja unohdetaan
- ▶ Voi käynnistyä tietoisesti (supressio) tai tiedostamattomasti (repressio)
- ▶ Omia vikoja tai rajoituksia ei huomata tai niitä ei suostuta näkemään ystävissä tai rakastetussa
- ▶ Toisaalta vihamiehessä nähdään ainoastaan vikoja
- ▶ Otetaan vastaan vain omien asenteiden mukaista tietoa
- ▶ Muiden tarpeita ei nähdä
- ▶ Kun ihminen pelkää ja ahdistuu tietämättä syytä siihen, hän käyttää torjuntaa
- ▶ Keskeinen defenssi ahdistuneisuushäiriöissä



- ▶ Tunteen eristäminen eli isolaatio
 - ▶ Traumaattinen tilanne muistetaan, mutta siihen liittyvät vaikeat tunteet torjutaan
 - ▶ Esim. äiti voi kertoa hyvinkin yksityiskohtaisesti lapsensa kuolemasta, mutta ei osoita minkäänlaisia tunteita
 - ▶ Havainnoitsija voi virheellisesti pitää tällaista henkilöä tunteettomana tai toisaalta hyvin tunteensa hallitsevana henkilönä → kokemus on niin kipeä, ettei tilannetta kestä muuten kuin eristämällä tunteen
 - ▶ Tunteen käsittelyssä tarvitaan tällöin tukea muilta → muutoin vaarana tunteen patoutuminen, muut oireet ja psykosomaattiset vaivat
 - ▶ Hoitohenkilökunnalla yleisesti käytössä oleva defenssi → kyynisyys vaarana



KORKEAMMAN TASON DEFENSSIT

- Kompensaatio eli korvaaminen
 - Koettu pettymys ja ahdistus pyritään korvaamaan jollakin toisella kokemuksella ja siitä saatavalla tyydytyksellä
- Sublimaatio eli tarpeen jalostaminen
 - Lapsenomainen tarve muuntuu kehityksen myötä ja purkautuu tavalla, jonka sekä itse että ympäristö hyväksyvät
 - Esim. hoivatuksi tulemisen tarve muuttuu kehityksen myötä toisen hoivaamiseksi ja hoitoammattiksi



KYSYMYKSIÄ JA KOMMENTTEJA?

- ?
- ?



KIITOS MUKANAOLOSTA!

- Lämmin kiitos kaikille osallistujille mukana olosta koulutuksessamme.
- Toivotamme oikein hyvää jatkoa ja tervetuloa koulutuksiimme jatkossakin!
- Tarjontaa voi seurata sivuillamme www.psyk.fi jossa voi vaikkapa tilata itselleen uutiskirjeen

