

TRAUMATERAPIAKESKUS
Koulukatu 20
90100 Oulu

Onko psykologinen jälkipuinti tehokas menetelmä?

Atle Dyregrov, PhD

Abstrakti

Kriittisen tilanteen stressijälkipuinti (Critical Incident Stress Debriefing, lyh. CISD) on joutunut vilkkaan väittelyn kohteeksi viime vuosina. Useissa tutkimuksissa menetelmän käytöllä ei ole osoitettu olevan mitään vaikutusta, kun taas toisissa tutkimuksissa on osoitettu selkeitä tuloksia. Useimpiin tutkimuksiin - riippumatta siitä tukevatko niiden tulokset jälkipuinnin käyttöä vai eivät - liittyy vakavia metodologisia puutteita. Nämä koskevat seuraavanlaisia tekijöitä: on tutkittu interventioita, joita ei voi pitää psykologisena jälkipuintina, on käytetty ryhmien muodostamisessa itsevalintaa, intervention ajoitus on ollut puutteellinen tai käytettyjen interventioiden kliininen arvo on ollut kyseenalainen. Johtopäätöksenä on, että tähänastisten tutkimusten laatu ei oikeuta hylkäämään menetelmän käyttöä.

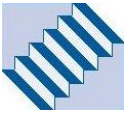
Center for Crisis Psychology
Fabrikkgt. 5,
5037 Solheimsviken
Norway
Tel. +4755596180
Fax. +4755297917
Sähköpostiosoite: atle.dyregrov@psych.uib.no

Onko psykologinen jälkipuinti tehokas menetelmä?

PJ:n kritiikki ja sen taustat

Psykologinen jälkipuinti (PJ), jota on myös kutsuttu nimellä kriittisen tilanteen stressijälkipuinti (Critical Incident Stress Debriefing, lyh. CISD) oli alunperin Mitchellin (1983) kuvauksen mukaan "joko kahden kesken tai ryhmässä tapahtuva tapaaminen pelastustyöntekijän ja auttajan (ohjaajan) välillä, joka kykenee auttamaan henkilöä puhumaan kriittisen tapahtuman aiheuttamista tunteistaan ja reaktioistaan" (s.37). Käsitteellistä sekaannusta on osaltaan aiheuttanut se, että Mitchell tässä yhteydessä käytti termiä jälkipuinti myös kahdenkeskisistä kontakteista vaikka hän myöhemmin on viittannut CISD:hen "ryhmäistuntona, jossa keskustellaan ahdistavasta kriittisestä tapahtumasta" (Mitchell & Everly, 1996, s.8). Dyregrov (1989) tarjosi seuraavan määritelmän: "Psykologinen jälkipuinti on ryhmäistunto, joka on järjestetty tarkoituksena integroida voimakkaita ja syvälle ulottuvia henkilökohtaisia kokemuksia sekä kognitiivisella, emotionaalisella että ryhmätasolla, ja joka täten ehkäisee haitallisten reaktioiden syntymistä" (s.25). Yksityiskohtaista tosiasioiden, ajatusten, vaikutelmien ja reaktioiden läpikäymistä voi tietenkin käyttää myös kahdenkeskisissä keskusteluissa osana normaalia kriisi-interventiota, kun taas psykologinen jälkipuinti menetelmänä oli suunniteltu ryhmiä silmälläpitäen. Jotta ryhmäistunnot saavuttaisivat tavoitteensa, aloite niihin tulisi tehdä pian traumaattisen tapahtuman jälkeen, ryhmän ohjaajien tulee olla koulutettuja ja kokeneita jälkipuintiprosessin ohjaamisessa, ryhmän on täytynyt kokea yhteinen stressinaiheuttaja, käytettävissä tulee olla riittävästi aikaa eri "vaiheiden" perinpohjaiseen läpikäymiseen, ja kokoontumista tulee käyttää niiden yksilöiden seulomiseen, jotka tarvitsevat lisäapua jatkossa. Jälkipuinti-istuntoon vaikuttavia monia eri tekijöitä ja sen kykyä saavuttaa tavoitteensa olen itse kuvannut toisaalla (Dyregrov 1997). Menetelmässä on tapahtunut merkittäviä muutoksia matkalla sen ensimmäisestä kuvauksesta (Mitchell, 1983) tämän päivän käytäntöön, ja nykyään sitä käytetään tavallisesti yhtenä osana integroidumpaa eri interventioista koostuvaa järjestelmää, josta käytetään nimitystä kriittisten tilanteiden stressinhallinta (Critical Incident Stress Management, lyh. CISM) (Mitchell & Everly, 1996).

Viime vuosina on julkaistu useita kriittisiä raportteja PJ:n tai CISD:n käytöstä. Australiassa, Yhdysvalloissa ja Britanniassa on käyty kiihkeää debattia, joka on jopa johtanut ehdotukseen, että CISD -protokollan käytöstä tulisi kokonaan luopua (ks. Avery & Ormer, 1998). Koska keskustelu jatkuu yhä ja on johtanut ennenkaiisiin ehdotuksiin PJ:n käytön lopettamisesta, on tarpeellista tarkastella lähemmin muutamia sen taustalla olevia tutkimuksia.



Mainittu debatti kiihtyi nopeasti sen jälkeen kun British Medical Journal vuonna 1995 julkaisi Beverly Raphaelin, Leonore Meldrumin ja Alexander C. McFarlanen kirjoittaman kirjeen, jossa he peräänkuuluttivat satunnaistettuja ja paremmin kontrolloituja tutkimuksia menetelmästä. Lisäksi he kirjoittivat, että menetelmä saattoi itse asiassa pahentaa traumaattista prosessia, ja että sillä oli enemmänkin ideologinen ja symbolinen kuin apua tarjoava merkitys. Lisäksi he käyttivät useita tuonnempana tässä artikkelissa arvioituja tutkimuksia "todisteena" siitä, että PJ:n käytöllä ei ole vaikutusta. Raphael, Meldrum ja McFarlane ovat traumatologian alalla tunnustettuja asiantuntijoita, ja heidän varautuneisuutensa jälkipuintimenetelmää kohtaan on luonnollisesti saanut monet ammatti-ihmiset epäilemään jälkipuintien tarpeellisuutta ja tehoa. Tässä artikkelissa esitän, että heidän kritiikkinsä perustui tutkimuksiin, jotka eivät tarjoa perusteita heidän kielteiselle näkemykselleen jälkipuinnista.

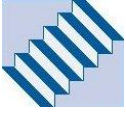
Tutkimukset, joissa PJ:llä ei havaittu olevan vaikutusta

Seuraavassa esitän arvioinnin tutkimuksista, joiden tulosten väitetään osoittavan, että PJ:llä tai CISD:llä ei ole tarkoitettua vaikutusta. Sen jälkeen arvioin tutkimuksia, jotka tukevat PJ:n käyttöä.

Deahl, Gillham, Thomas, Searle ja Srinivasan (1994) tutkivat Persianlahden sodan sotilaiden sairastumisalttiutta ja havaitsivat, ettei jälkipuintiin osallistuminen vähentänyt myöhempää psykiatrista sairastumistiheyttä. He eivät ilmaise selvästi mitä jälkipuinti tässä yhteydessä sisälsi, sillä interventio mainitaan artikkelissa vain lyhyesti. Lisäksi he ilmoittavat lukijalle käyttäneensä Dyregrovin (1989) mallia. Tämä on sängen outoa, sillä en ensinnäkään ole kehittänyt sellaista mallia, eivätkä kyseiset henkilöt myöskään ole saaneet minulta koulutusta. Tämän lisäksi jälkipuinnin ajoitus vaihteli suuresti. Vakavin metodologinen ongelma heidän tutkimuksessaan on kuitenkin se, että jälkipuintiryhmät muodostuivat itsevalinnalla. Tämä tarkoittaa sitä, että jälkipuintiryhmien osanottajat henkilökohtaisesti halusivat osallistua jälkipuintiin - todennäköisesti siksi, että heillä oli suurempi tarve puhua tapahtuneesta kuin oli niillä, jotka automaattisesti tulivat osaksi kontrolliryhmää. Tästä muodostuu luonnollisesti vakava virhelähde, joka saattaa selittää mahdolliset ryhmien väliset erot. Kirjoittajat ovat itse tietoisia näistä metodologisista rajoituksista, ja kielteisistä tuloksistaan huolimatta sanovat yhteenvedossaan, että "&tuloksistamme huolimatta pidämme edelleen kiinni jälkipuinnin periaatteesta&" (s.64). He korostavat pikaisen ja paikallisesti järjestetyn jälkipuinnin merkitystä ja sitä, että sotilaat suhtautuivat epäluuloisesti "ulkopuolisiin" - mielenterveysalan henkilöstö mukaanlukien.

Australiassa puolestaan Justin Kenardy ja hänen kollegansa (1996) ovat tutkineet maanjäristyssonnettomuudessa työskennellyttä pelastushenkilökuntaa. He eivät havainneet jälkipuinnilla olleen mitään vaikutusta kahden vuoden aikana onnettomuuden jälkeen suoritetuissa mittauksissa (mittareina käytettiin GHQ-12 ja Impact of Event Scale -kyselyitä, joita tehtiin neljä eri kertaa). Ryhmät muodostettiin itsevalinnalla, joten niihin sisältyivät tästä aiheutuvat ja jo edellä mainitut virhelähteet. Jälkipuintiryhmään osallistuneet henkilöt poikkesivat merkittävästi kontrolliryhmän jäsenistä suhteessa koulutustasoonsa ja siihen, miten he ilmoittivat kykenevänsä olemaan avuksi ei-uhkaavissa tilanteissa, olemalla asemassa, joissa ammatillinen status on korkeampi, ja olemalla ryhmänä naisvaltaisempi (naiset yleensä raportoivat useimmilla mittareilla kokevansa voimakkaampaa distressiä, ks. Breslau, Davis, Andreski, Peterson & Schultz, 1997). Tutkimuksen tekijöillä ei ollut minkäänlaista kontrollia käytettyjen jälkipuintimenetelmien sisällön suhteen, eikä niiden sisältö näin ollen ole tiedossa. Jälkipuinnin vetäjien taustaa ja koulutusta ei myöskään ole dokumentoitu, ja sama koskee myös jälkipuintien ajoitusta. Tutkimuksen tekijät raportoivat, että 80% jälkipuintiin osallistuneista koki siitä olleen apua.

Iso-Britanniassa Lee, Slade ja Lygo (1996) ovat tarjonneet itse "psykologiseksi jälkipuinniksi" kutsumaansa apua naisille, joilla oli ollut keskenmeno. Tässä tutkimuksessa naiset jaettiin satunnaistetusti kahteen ryhmään, joista toiselle tarjottiin yhden tunnin mittaista konsultointia kotonaan kaksi viikkoa keskenmenon jälkeen. Tutkijat olivat selvästikin korostaneet kaavamaisista, jälkipuinnin eri vaiheet läpikäyvää proseduuria. Viikko ja neljä kuukautta tämän konsultoinnin jälkeen naiset seulottiin ahdistuksen, masentuneisuuden, mieleen tunkeutuvien muistikuvien ja välttelyreaktioiden suhteen. Tämä seulonta ei osoittanut mitään eroja ryhmien välillä. Tämä tutkimus on useassa suhteessa omalaatuinen. Se ei ensinnäkään tutki jälkipuintia. Se ei siis kuvaa sitä, miten ryhmä yhdessä kokemansa onnettomuuden jälkeen interventioon kerättyjä koehenkilöitä selviytyy. Se olisi voinut olla kriisi-intervention tutkimus, jos apua olisi tarjottu aiemmin. Vakavin piirre tässä tutkimuksessa oli kuitenkin se, että naisille tarjottiin keskenmenonsa jälkeen vain yhtä tunnin mittaista konsultointia. Olen itse työskennellyt monia vuosia lapsensa menettäneiden perheiden parissa.



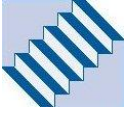
Avun jatkuvuus ja jatkohoito ovat tällaisissa tilanteissa välttämättömiä ja vaativat paljon intensiivisempää lähestymistapaa (Dyregrov, 1989, 1990). On hyvin kyseenalaista onko PJ:n formaatti yhden tunnin mittaisen jatkohoidon puitteissa riittävä tällaisissa tapauksissa. Lyhyt keskustelu emotionaalisesti erittäin vaativan tilanteen kohdalla saattaa aukaista emotionaalisia kanavia ilman, että käytettävissä on riittävästi aikaa tapahtuneen läpikäymiseen.

Hobbs, Mayou, Harrison ja Worlock (1996) satunnaistivat ryhmän liikenneonnettomuuksien uhreja interventioryhmäksi ja kontrolliryhmäksi. Tutkijat kutsuivat interventiota psykologiseksi jälkipuinniksi, se kesti yhden tunnin, ja tapahtui yleensä 24-48 tuntia onnettomuuden jälkeen. Vaikka näiden kahden ryhmän koehenkilöt eivät poikenneet toisistaan fyysisten oireidensa suhteen ennen interventiota, oli interventioryhmällä ollut onnettomuuden jälkeen vakavampia fyysisiä vammoja ja he olivat viipyneet sairaalahoidossa pidempään kuin kontrollit. Neljä kuukautta intervention jälkeen tutkijat eivät havainneet kummankaan ryhmän jäsenillä merkittävää vähenemistä erilaisissa oireissa. Kahdella "Brief Symptom Inventory" -kyselyn osa-asteikolla mitattuna oli interventioryhmällä korkeammat pisteet (= enemmän ongelmia). Tämän tutkimuksen interventiot suoritettiin yksilöllisesti eikä ryhmissä, ja konsultoinnit kestivät vain yhden tunnin ilman, että olisi tarjottu minkäänlaisia jatkohoitomahdollisuuksia. Kyseessä on ennemminkin tutkimus laadultaan kyseenalaisesta kriisi-interventiosta kuin konsanaan jälkipuinnista. Kliinisessä katsannossa on myös kyseenalaista onko oikein käyttää "jälkipuintimallin" mukaista interventiota tällaisella ajoituksella tapahtuman jälkeen. Oma kliininen kokemukseni on osoittanut, että ensin täytyy tapahtua fyysisistä paranemista ennen kuin psykologinen paranemisprosessi voi jatkua. Mielestäni se, että tässä tutkimuksessa fyysisiä vammoja saaneita henkilöitä painostettiin prosessoimaan onnettomuuttaan kognitiivisesti ja emotionaalisesti, on osoitus kyseenalaisesta kliinisestä menettelytavasta. Vaikuttaa varsin selvältä, että sekä tämä että edellä käsittelemäni tutkimukset tarkastelevat mitä vaikutusta on yhden tunnin pituisella kahdenkeskisellä konsultoinnilla eivätkä niinkään tutki PJ:n tehoa.

Bisson, Jenkins, Alexander ja Bannister (1997) satunnaistivat tulipalossa loukkaantuneita potilaita niin kutsutuksi jälkipuintiryhmäksi ja kontrolliryhmäksi. Interventiota annettiin erikseen jokaiselle yksittäiselle potilaalle tai pariskunnalle, sen keskimääräinen kesto oli 44 minuuttia (30-120 min.), ja sitä antoi sairaanhoitaja tai tutkijapsykiatri, joita kumpaakin Bisson (joka itse on psykiatri) oli kouluttanut. Tulokset osoittivat, että 16:lla (26%) PJ-ryhmän jäsenistä oli post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD) 13 kuukauden kuluttua, kun taas kontrolliryhmässä 9%:lla diagnosoitiin PTSD. Jo ennen interventiota oli PJ -ryhmällä kuvattu olleen kaksinkertainen määrä merkittäviä aiempia traumoja, minkä lisäksi PJ -ryhmällä oli keskimäärin vaikeammat tulipalon aiheuttamat traumat kuin kontrolliryhmällä. Nämä molemmat tekijät voivat selittää sen, miksi PJ-ryhmästä löytyi enemmän PTSD -diagnooseja kuin kontrolliryhmästä. Turnbull, Busuttil ja Pittman (1997) sekä Reiss ja Leese (1997) ovat esittäneet tätä tutkimusta vastaan useita muitakin metodologisia vastaväitteitä. Bisson ja hänen kollegansa raportoivat myöskin, että koehenkilöt olivat selviytyneet sitä huonommin mitä pikemmin trauman jälkeen interventio oli tapahtunut. Tähän sopii edellä Hobbsin ja hänen kollegojensa tutkimukseen kohdistamani kritiikki, eli on kliinisessä katsannossa väärin mennä väliin PJ:n periaatteita seuraten silloin, kun autettavan fyysinen paranemisprosessi on vielä käynnissä. Eräs lääkäri, joka itse oli saanut vammoja tulipalossa, esitti British Journal of Psychiatryyn tämän tutkimuksen julkaisemisen jälkeen kirjoittamassaan kirjeessä, että PJ:n ajoitus oli ollut väärä (Kraus, 1997).

Bissonin ja hänen kollegojensa käyttämän nopean intervention laadusta on myös syytä sanoa jotakin. PJ:tä käytettäessä on ensiarvoisen tärkeää käyttää riittävän paljon aikaa. Kyseisessä tutkimuksessa aikaa käytettiin keskimäärin 44 minuuttia potilasta kohti. Näin lyhyessä ajassa en itse olisi ennättänyt vielä edes kuunnella tapahtumassa osallisina olleiden kertomusta tapahtuman yksityiskohdista ja omista siihen liittyvistä ajatuksistaan. Jos Bissonin ja hänen kollegojensa tutkimus ylipäätään mittaa mitään, niin sen täytyy olla huonosti ajoitetun lyhyen keskustelun vaikutuksia eikä suinkaan sitä, mitä voidaan saada aikaan kliinisesti pätevällä interventiolla. Tämänlaatuisten tapahtumien yhteydessä olisi tutkittava mitä vaikutuksia on oikein ajoitetulla kriisi-interventiolla, johon kuuluu useita keskusteluja potilaiden kanssa. Bisson kuluu niihin ammatti-ihmisiin, jotka suhtautuvat psykologiseen jälkipuintiin hyvin kriittisesti (ks. Bisson, 1997; Bisson & Deahl, 1994). Kun kritiikki perustuu laadultaan puutteellisen intervention tuloksiin, ei asiaa auta, jos tutkimus on muuten hyvin suunniteltu.

Edellä kuvattujen tutkimusten lisäksi Hytten ja Hasle (1989) eivät löytäneet eroja IES -pisteissä jälkipuintiin osallistuneiden palomiesten ja siihen osallistumattomien välillä erään hotellipalon jälkeen, vaikkakin jälkipuintiin osallistuneet pitivät sitä myönteisenä asiana. Tässä jälleen itsevalinta määräsi ryhmien



koostumuksen, kuten myös Matthews'in (1998) tutkimuksessa. Matthews tutki ryhmää, joka muodostui 63 terveydenhoitoalan työntekijästä, jotka olivat kokeneet väkivaltaa tai muun tyyppisiä traumoja työssään psykiatrisissa hoitolaitoksissa. Viikkoa traumaattisen tapahtuman jälkeen hän vertasi 14 työntekijää, jotka halusivat ja saivat jälkipuintia 18 työntekijään, joille tarjottiin jälkipuintia mutta jotka kieltäytyivät siitä. Kaikki kyseiset henkilöt olivat työssä saman terveydenhuoltopiirin alueella. Lisäksi hän käytti vertailuryhmänä 31 erään toisen terveydenhuoltopiirin työntekijää, jotka olivat kokeneet samankaltaisia tapahtumia. Hän havaitsi, että työntekijöiden stressitaso oli matalin sillä alueella, jossa jälkipuintia oli tarjolla. Viikon kuluttua tapahtuneesta matalin post-traumaattisen stressin taso oli sillä ryhmällä, joka oli päättänyt olla osallistumatta tarjottuun jälkipuintiin. Voidaan helposti ajatella, että jälkipuintiin osallistuivat ne, joilla oli kaikkein vaikeinta, koska ennen interventiota he olivat kokeneet merkittävästi voimakkaampaa distressiä tapahtuneen johdosta kuin ne, jotka päättivät olla osallistumatta jälkipuintiin. Tutkija korostaakin aivan oikein sitä, että ne, jotka kokivat tapahtuman kaikkein stressaavimpana, etsivät jälkipuintiin osallistumalla parasta saatavilla olevaa tapaa käsitellä tapahtunutta. Se, että stressitasot olivat matalimmat sillä alueella missä jälkipuintia oli tarjolla, sai tutkijan päättämään, että jälkipuinnilla on tehtävänsä työhön liittyvän trauman hoidossa. On syytä olettaa, että jälkipuinti johtaa aluksi distressin voimistumiseen, koska se aktivoi emotionaalisia verkostoja esimerkiksi silloin, kun osallistujat kirjoittavat traumaattisesta tapahtumasta. Tässä suhteessa tutkimus on osoittanut distressin väliaikaisesti lisääntyvän, mutta terveyden eri mittareilla mitattuna pitkällä aikajänteellä paranevan (yhteenveto, ks. Smyth, 1998). Yksi ainoa mittausta viikon kuluttua, kuten Matthews'in tutkimuksessa tehtiin, ei paljasta tällaisia vaikutuksia. Matthews'in tutkimuksella on muitakin ilmeisiä rajoituksia kuten itsevalinta, ja se osoittaa miten monimutkaista tutkimus tällä alueella on.

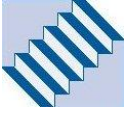
Yhteenvetona voidaan todeta, että ne tutkimukset joiden mukaan jälkipuinnilla ei ole mitään vaikutusta (tai vaikutus on negatiivinen, ks. Bisson et al, 1997) sisältävät useita metodologisia heikkouksia: a) niissä analysoidaan interventioita, joita vain rajoitetussa mielessä voidaan kutsua psykologiseksi jälkipuinniksi, b) useissa tutkimuksissa on käytetty itsevalintaa interventioryhmän ja kontrolliryhmän muodostamisessa, c) ei ole tarkasti määritelty mitä jälkipuinti on sisältänyt, d) intervention ajoitus vaihtelee ja on toisinaan PJ:lle suositeltujen rajojen ulkopuolella, e) käytetty interventio näyttäisi olleen kliinisesti riittämätön suhteessa koettuun traumaattiseen tapahtumaan, f) intervention tehneiden henkilöiden tausta ja koulutus on epäselvä ja mahdollisesti riittämätön, g) tutkimuksissa käytetyt ryhmät eivät ole keskenään vertailukelpoisia, ja h) jälkipuintia on tarkasteltu erillisenä asiana eikä osana integroitua, toisiaan seuraavien auttamiskeinojen jatkumoa (CISM).

Etenkin ryhmien itsevalinta muodostaa ongelman näissä tutkimuksissa, sillä täytyy olettaa, että sellaiset ihmiset, joille välttely ja torjunta ovat luonteenomaisia, välttävät myös osallistumista sellaisiin tilanteisiin, joissa heidän odotetaan puhuvan tapahtumasta. Ensiksikin kaikki ne tulevat automaattisesti osaksi kontrolliryhmää, jotka eivät koe tarvetta jälkipuintiin, koska olivat syrjemmässä tapahtuman keskipisteestä tai kokivat, ettei tapahtuma ollut heidän kannaltaan kovin merkittävä. Toiseksi ne, jotka käyttävät välttelyä ja kieltämistä selviytymisstrategianaan pyrkivät yleensä jäämään pois tällaisista istunnoista. Jos tätä "kontrolliryhmää" verrataan ryhmään, jota jälkipuinti-istunnon kautta on rohkaistu ja "opetettu" pukemaan ajatuksensa ja reaktionsa sanoiksi, on hyvin odotettavaa että jälkipuintiin osallistunut ryhmä saa korkeampia pisteitä vastauksistaan reaktioitaan kartoittaviin kysymyksiin (joita normaalisti käytetyt mittarit ovat).

On myös huolestuttavaa, että useimmat näistä tutkimuksista koskevat lyhytkestoisen yksilöllisesti annetun intervention vaikutuksia, kun taas PJ on nimenomaan kehitetty hyödyntämään ryhmään osallistumista tapahtuman jälkeen.

Muita PJ:tä koskevia tutkimuksia

Useat tutkimukset ovat päättyneet siihen tulokseen, että PJ:n tai CISD:n käytöstä seuraa osallistujille myönteisiä tuloksia (Bohl, 1991; Ford et al., 1993; Jenkins, 1996; Robinson & Mitchell, 1993; Stallard & Law, 1993; Yule & Udwin, 1991). Everly, Flannery & Mitchell (1998) ovat lisäksi toimittaneet joukon aiemmin julkaistuja ja julkaisemattomia raportteja ja tapaustutkimuksia, jotka osoittavat jälkipuinnista olleen positiivisia tuloksia. Melkein kaikissa raporteissa (aiemmin kuvaamani kielteisesti jälkipuintiin suhtautuvat tutkimukset mukaan lukien) jälkipuintiryhmiin (tai kahdenkeskisiin jälkipuintitapaamisiin) osallistuneet kokivat tapaamisten olleen avuksi, kun heitä pyydettiin arvioimaan tyytyväisyytensä jälkipuintiin tai siitä saamansa hyöty.



Everly, Boyle ja Lating (1998) tekivät meta-analyysin lääketieteellisistä ja psykologisista tietokannoista löytyvistä jälkipuintia käsitelleistä tutkimuksista. He löysivät 14 empiiristä tutkimusta joista analyysiin käytettiin 10. Kolme tutkimusta jätettiin pois koska niissä ei oltu käytetty jälkipuintia ryhmässä ja yksi sen vuoksi, että se ei tuottanut tietoa jota olisi mielekkäästi voitu käyttää analyysissä. He havaitsivat CISD -intervention käytöllä olevan Cohenin d:llä mitattuna merkittävä positiivinen vaikutus (Cohenin d:n keskiarvo = .54, $p < .01$). Kirjoittajat toteavat, että tämä myönteinen vaikutus ilmeni huolimatta koehenkilöryhmien erilaisuudesta, traumaattisten tapahtumien laajasta kirjosta ja tulosten mittaamiseen käytettyjen menetelmien eroista.

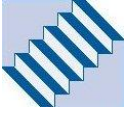
Monet niistä metodologisista vastaväitteistä joita on esitetty jälkipuintiin kriittisesti suhtautuvia tutkimuksia kohtaan pätevät kuitenkin myös niihin tutkimuksiin, joissa osallistujat raportoivat positiivisia tuloksia. Monia hyvin erilaisia interventioita kutsutaan jälkipuinniksi, ja näiden interventioiden mittasuhteet ja ajoitus vaihtelevat. Lisäksi myös jälkipuinnin vetäjien koulutus ja tausta on vaihtelevaa, ja kontrolliryhmän puute tai itsevalinta interventio- ja kontrolliryhmiin muodostaa ongelman. Sen sijaan että kävisin läpi kaikki nämä tutkimukset keskityn arvioimaan muutamia niistä hieman perusteellisemmin.

Chemtob, Tomas, Law ja Cremniter (1997) tekivät perinpohjaisen tutkimuksen "jälkipuinnin vaikutuksesta henkilön kokemaan psykologiseen distressiin". Tässä tutkimuksessa he kuvaavat kuinka hurrikaanin uhrien ongelmat vähenivät verrattuna toiseen ryhmään uhreja, jotka saivat samanlaista interventiota vasta myöhemmin ja jotka jälkipuintiin osallistuttuaan raportoivat vastaavanlaista ongelmien vähenemistä. Intervention tehokkuus arvioitiin IES -asteikolla ennen ja jälkeen intervention. Tämän kaltaista tutkimussuunnitelmaa vastaan voidaan esittää useita vastaväitteitä. Sen lisäksi että osanottajista puuttuu tietoa ajalta ennen heidän osallistumistaan jälkipuintiin, oli osanottajaryhmä myös hyvin heterogeeninen. Lisäksi interventio - joka koostui PJ:stä ja sitä seuranneesta "onnettomuuden jälkeistä toipumista" käsitelleestä kahden tunnin luennosta - tapahtui kuudesta yhdeksään kuukautta onnettomuuden jälkeen. Tämä tutkimus vahvistaa, että PJ voi olla tehokasta vielä pitkän aikaa jälkipuinnille suositellun ajankohdan jälkeenkin. Samankaltaiseen tulokseen ovat päätyneet myös Stallard ja Law (1993) tutkimuksessaan, joka käsiteli pikkubussionnettomuudesta hengissä selvinneitä murrosikäisiä nuoria.

Useimmiten PJ:tä käytetään yhtenä useista interventioista kriittisen tapahtuman jälkeen, ja näiden eri interventioiden muodostama kokonaisuus on usein kutsuttu kriittisten tilanteiden stressinhallinnaksi (CISM). Leeman-Conley (1990) on dokumentoinut, että eräässä Australialaisessa pankissa sairauspoissaolot ja "työntekijöiden sairaspäiväraha- ja korvausvaatimukset" vähenivät yli 60% edelliseen vuoteen verrattuna kun CISM oli otettu käyttöön erään pankkiryöstön jälkeen. Näin kävi siitakin huolimatta, että ohjelman käyttöönoton jälkeen tapahtuneet ryöstöt olivat aiempaa raaempia. Flannery kollegoineen (ks. Everly, Flannery & Mitchell, 1998) raportoivat, että CISM -ohjelman käyttöönoton jälkeen eräässä psykiatrisessa laitoksessa potilaiden taholta tullut väkivalta ja hyökkäykset hoitohenkilökunnan kimppuun vähenivät 63% kahden vuoden aikana. Lisäksi henkilökunnan vaihtuvuus ja sairauspoissaolot vähenivät, ja niiden rinnalla myös "työntekijöiden korvausvaatimukset". Samoin vähenivät myös sairaanhoito- ja oikeuskulut. Näiden tulosten takia on vastaavanlaisia ohjelmia otettu käyttöön muuallakin.

Everly, Flannery & Mitchell (1998) raportoivat myös miten Kanadassa Western Management Consultants - firma arvioi perusteellisen CISM -ohjelman vaikutuksia. Ohjelma koostui muun muassa valmistavasta koulutuksesta, henkilökohtaisesta konsultaatiosta ja (Mitchellin periaatteiden mukaisesta) CISD:stä sairaanhoitajille. Tutkimuksessa jälkipuintiin osallistuneista 24% raportoi henkilöstön vaihtuvuuden ja 99% sairauspoissaolopäivien vähentyneen.

Itse en ole tehnyt tutkimuksia jälkipuinnin vaikutuksista. Julkaisematon aineistoni näyttäisi kuitenkin osoittavan, että osallistujien kokemus PJ:n arvosta riippuu jälkipuinnin ohjaajan kokeneisuudesta (Dyregrov, 1996). Silloin kun ohjaajalla on ollut paljon kokemusta menetelmän käytöstä, on lähes jokainen jälkipuintiin osallistuneista raportoinut kokeneensa sen hyödyllisenä. Niissä tapauksissa, joissa ohjaaja on ollut kokemattomampi, paljon pienempi osuus osallistuneista on kokenut istunnon hyödylliseksi (enemmistö tosin sanoi tällöinkin, että PJ:stä oli jonkin verran hyötyä). Vaikkakaan seuraavalla esimerkillä ei ole tieteellistä arvoa, kannattaa silti mainita, että henkilö joka oli vastuussa postin työntekijöiden seurannasta ja jatkohoidosta Bergenissä tapahtuneiden aseellisten ryöstöjen jälkeen ilmoitti, että oli valtava ero tilanteessa ennen ja jälkeen PJ:n ottamista ruutininomaiseksi osaksi CISM -ohjelmaa. Kymmenen vuotta sitten, ennen



psykologisen jatkohoidon ja PJ:n käyttöönottoa, pitkiä sairaslomia pidettiin runsaasti. Tänä päivänä ne eivät enää muodosta ongelmaa.

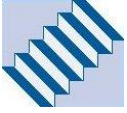
Jälkipuintiprosessiin vaikuttavia monia muuttujia ja jälkipuinnin tuloksia on käsitelty yksityiskohtaisemmin muissa yhteyksissä (Dyregrov, 1997). Erityisen tärkeä merkitys on jälkipuinnin ohjaajan taustalla ja hänen taidollaan vetää tämänkaltaisia ryhmiä. Koska on mahdollista, että jälkipuintiprosessilla on kielteinen vaikutus osallistujiin (Dyregrov, 1997), olisi tarpeen analysoida ryhmäprosessia perusteellisemmin kiinnittäen huomiota ryhmän koostumuksen suunnitteluun, ohjaajan johtamistaitoihin, jälkipuinnin ajoitukseen, siihen mihin tilanteisiin ja kenelle se soveltuu jne.

Loppupäätelmät

Viime vuosina on julkaistu useita tutkimuksia, joissa on tultu siihen tulokseen, että jälkipuinnilla ei ole mielenterveysmittareilla mitattavaa positiivista vaikutusta kriittisten tapahtumien jälkeen. Nämä tutkimukset perustuvat heikolle tutkimusmetodologialle ja olisi väärin vetää menetelmän käyttökelpoisuudesta varmoja johtopäätöksiä niiden perusteella. Valtaosa niistä on koskenut yhtä yksittäistä interventiota kahden kesken autettavan kanssa eikä sellaista ryhmäinterventiota joksi PJ on todellisuudessa tarkoitettu. Muuntamatta itse prosessia ei PJ:n toimintamallia voida soveltaa annettaessa apua yksittäisille ihmisille kriisin aikana. Kahden kesken työskenneltäessä ei ole mahdollista käyttää ryhmää reaktioiden normalisoimisessa eikä tuen lähteenä ryhmän yksittäisille jäsenille (ks. Dyregrov, 1997, jossa on kuvaus tästä ryhmän tarjoamasta tuesta). Yksilöllinen interventio edellyttää erilaista toimintamallia jolla prosessoidaan PJ:n kattamat alueet (tosiasiat, ajatukset, vaikutelmat ja reaktiot). Reaktioiden normalisoiminen riippuu kuitenkin terapeutin kokemuksesta, ja kahdenkeskisessä työskentelyssä on enemmän vapautta liikkua edestakaisin eri "vaiheiden" välillä puhuttaessa tapahtumaan liittyneistä tosiasioista, ajatuksista, vaikutelmista ja reaktioista. Tämä vaatii yleensä useampia ja pidempiä kahdenkeskisiä jatkohoitokertoja kuin mitä tässä artikkelissa kuvatuissa tutkimuksissa on raportoitu.

Mielestäni jälkipuintia koskeva debatti ei ole ainoastaan tieteellinen vaan myös poliittinen. Siihen liittyy myös valta ja asema terapeutissa maailmassa. Jeffrey T. Mitchellin vuonna 1983 esittelemä jälkipuintitekniikka edusti uhkaa ammattipsykiatrien eliitille. Mitchellin opetuksen läpikäyvä ajatuksena on ollut, että perinteinen psykiatrinen ajatustapa ei soveltunut käytettäväksi sen populaation (hälytys- ja pelastustehtävissä työskentelevät) kanssa joiden tarpeisiin menetelmä oli kehitetty, ja että psykiatrisen taustan omaava terveydenhoitohenkilöstö joutuu usein omaksumaan uusia ajattelu- ja työskentelytapoja kyetäkseen käyttämään menetelmää tehokkaasti. Lisäksi monet Australiassa ja Pohjois-Amerikassa tämän tekniikan käyttöön koulutetuista ovat olleet vertaistukihenkilöitä ja psykiatristen instituutioiden ulkopuolella toimivia mielenterveystyöntekijöitä. Jälkipuinti on siis ollut osittain itsehoidon piiriin luettavaa ja asiakaslähtöistä toimintaa, ja palvelujen saajat ovat voineet vaikuttaa niihin enemmän kuin perinteisen akateemisen tai lääketieteellisen lähestymistavan parissa on ollut tapana, missä taas työskentelyn pohjana on ollut enemmänkin malli psykiatrisista sairauksista. Mitchell on myös voimakkaasti korostanut, että jälkipuinti ei ole psykoterapian muoto eikä voi korvata sitä (ks. Mitchell & Everly, 1996, s.211). PJ:n tai CISD:n käyttäminen osana kriisi-interventiota on siten ollut osa ei-psykiatrista lähestymistapaa, ja on niin muodoin yksinomaan luonnollista, että "psykiatrisen järjestelmän" taholta on noussut vastareaktio. Australiassa kritiikki on lähtöisin eräiltä trauma-alan tunnetuimmilta psykiatreilta, mutta se on nojautunut tutkimuksiin, joiden metodologinen laatu ei riitä tukemaan kritiikkiä tai jotka tarkastelivat yksilöllisesti annettua jatkohoittoa. Mielestäni tämä osoittaa, että debatti ei koskenut ainoastaan sitä toimiiko jälkipuinti vai ei, vaan edusti myös poliittista kannanottoa.

Psykologiseen jälkipuintiin osallistuneet raportoivat useimmiten ryhmistä olleen heille apua. Ryhmien tavoitteenasettelusta riippuen niiden katsotaan onnistuneen tehtävässään enemmän tai vähemmän hyvin. On selvää, että ryhmillä on symbolinen tehtävänsä, esimerkiksi kun ryhmä työtovereita tai ystäviä on yhdessä kokenut kriittisen tapahtuman. Ryhmän muodostaminen voi lisäksi muodostua merkiksi siitä, että työnantaja tai yhteisö välittää työntekijöistään/jäsenistään. Tähän mennessä ei vielä ole olemassa kunnollista dokumentaatiota jälkipuinnin ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta posttraumaattisen stressihäiriön suhteen, mutta useat tutkimukset ovat osoittaneet sairaslomien vähentymisestä seuranneita selviä kustannussäästöjä. On syytä olettaa, että PJ yksinään - ilman johtajien ja kollegojen jatkotukea tai ilman yksilöllisen jatkohoidon mahdollisuutta niille, jotka sitä tarvitsevat - ei ole tuloksiltaan yhtä arvokasta. PJ:tä



TRAUMATERAPIAKESKUS

Koulukatu 20

90100 Oulu

tulisi harjoittaa huolehtivassa ympäristössä ja osana strategiaa, jonka keskeisenä piirteenä on sosiaalisen yhteenkuuluvuuden luominen yrityksessä tai paikallisyhteisössä.

Yksi jälkipuinnin ympärillä käydyn keskustelun myönteisiä tuloksia on se, että esiin on noussut useita tekijöitä joista meillä ei ole riittävästi tietoa. Tulevaisuudessa tehtävät tutkimukset auttanevat parantamaan psykologisen jälkipuinnin laadunvalvontaa.