

**TUULA PESONEN**

LT, psykiatrian erikoislääkäri,  
vs. osastonylilääkäri  
KYS, psykiatrian palveluyksikkö,  
aikuispsykiatrian palveluryhmä

## Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä

- Somaattisesti sairaan potilaan kriisihoidon tarve syntyy tilanteessa, jossa somaattinen tila on vakava tai komplisoitunut ja tilanne vaativuudessaan ylittää potilaan omat psyykkiset hallintakeinot.
- Psyykkinen oireenmuodostus voi pitkittyessään kehittyä psykiatriseksi häiriötilaksi. Myös somaattinen sairaus sinänsä voi aiheuttaa psykiatrisen oireenmuodostuksen, tai sairaus ja sen hoitotoimet voivat laukaista piilevänä olleen psykiatrisen häiriön.
- Vakavimmillaan psyykkinen häiriö voi estää välttämättömän somaattisen hoidon toteuttamisen.
- Psykiatristen häiriöiden hoito helpottaa somaattisen sairauden hoitamista, tukee sairauteen sopeutumisessa, kohentaa elämänlaatua sekä parantaa somaattisen sairauden ennustetta.

Hyvä psyykkinen ja fyysinen terveys on ihmiselle luonnollinen elämän perusoletus, johon sisältyy odotus, että elämä ja toimintakyky säilyvät suhteellisen ongelmattomina. Kun ihminen sairastuu, tämä oletus muuttuu merkittävällä tavalla. Sairastuessaan ihminen joutuu tilanteeseen, jossa normaali elämänsä pysähtyy ja tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat hetkessä. Tilanne herättää potilaassa huolestuneisuuden, turvotumisen ja elämän hallinnan menetyksen tunteita. Tarvitaan kykyä ymmärtää, sopeutua, luopua ja orientoitua uudelleen.

Somaattiseen sairauteen sopeutuminen (coping) voidaan määritellä ongelman ratkaisuun pyrkiväksi psyykkiseksi työskentelyksi tai käytäytymiseksi, jonka tavoitteena on tuottaa helpotusta, tyyneyttä ja tasapainoa. Sopeutuminen on prosessi, joka sisältää laajaa, uutta luovaa itse-tutkimista, uudelleen suuntautumista ja uusien ratkaisukeinojen löytämistä ulkopuolisen tuen myötävaikutuksella (1).

### Miksi somaattisesti sairas potilas reagoi psyykkisesti?

Somaattisen sairastumisen laukaisemat tunne-reaktiot ovat tiettyyn rajaan asti normaaleja. Psyykkisen oireilun voimistuessa kyky vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa vaikeutuu. Potilas ei enää kykene osallistumaan toivotulla tavalla sairautensa hoitoon ja kuntoutumiseen. Somaattinen sairaus sinänsä voi laukaista elimellisen psykiatrisen häiriön (2,3,4). Lisäksi somaattisen sairauden, pitkäkestoisen sairaalahoidon tai raskaiden hoitotoimenpiteiden myötävaikutuksella piilevänä ollut psyykkinen häiriö voi muuttua avoimeksi oi-

reenmuodostukseksi (5). On myös tilanteita, joissa vakava sairaus, sen raskaat hoidot ja elämän päättymisen uhka asettavat psyykkisesti varsin terveinkin henkilön sopeutumiskyvyn kovalle koetukselle. Somaattisen sairauden hoitoon käytetyt lääkkeet (esim. kortikosteroidit ja interferoni) voivat myös provosoida psyykkisiä oireita (6). Somaattisen sairauden aiheuttama stressi tai pitkittynyt psyykkinen kriisi voi lisäksi altistaa psykiatrisen häiriön synnylle (7).

Pitkäaikaissairailta potilailla masennus on 2–3 kertaa yleisempää terveeseen väestöön verrattuna. Noin 20 % kroonisesti somaattisesti sairaista potilaista kärsii masennuksesta (esim. syöpäsairaudet, diabetes ja sydänsairaudet) (8). Soellner ym. ovat arvioineet, että yleissairaalan potilaiden psyykkisten häiriöiden prevalenssi on 25–30 % (9). Tyypillisimmillään esiintyy ahdistuneisuutta, posttraumaattisen stressihäiriön oireita, masennusta, somatoformisia häiriöitä sekä postoperatiivista sekavuutta ja kognition ongelmia (10,11). Vakavasti somaattisesti sairas potilas voi viestittää myös toivottomuutta, jota on vaikea erottaa masennuksesta, koska molemmat saattavat ilmetä unen ja ruokahalun häiriöinä, toimintakyvyn heikentymisenä tai itsetuhon ajatuksina (12). Ajoittaisena tai ohimenevänä ilmenevää toivottomuutta voidaan luonnehtia normaaliin ilmaisuun kuuluvaksi tilanteessa, joka ylittää somaattisesti sairaan potilaan sopeutumiskyvyn (13,14). Toisaalta haasteena voi olla myös se, että osa kliinisesti merkittävistä psyykkisistä oireista jää havaitsematta somaattisen sairauden oirekirjon taakse ja vain selkeämmin potilaan käytöksessä esille tulevat oireet havaitaan ja hoidetaan (15). Havaitsema-

VERTAISARVIOITU



**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Scholzman SC, Groves JE, Weisman AD. Coping with illness and psychotherapy of the medically ill. Kirjassa: Stern AT, Fricchione GL, Cassen NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry. Philadelphia USA: Saunders Elsevier 2010, s. 425.
- 2 Lieberman A. Depression in Parkinson's disease; a review. *Acta Neurol Scand* 2006;113:1-8.
- 3 Fang J, Cheng Q. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res* 2009;31:904-9.
- 4 Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou GN. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: focus on disorders of mood, affect and behaviour. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:14-21.
- 5 Maytal GM, Rabinowitz T, Stewart TD, Fricchione GL. Chronic medical illness and rehabilitation. Kirjassa: Stern AT, Fricchione GL, Cassen NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry. Philadelphia USA: Saunders Elsevier 2010, s. 397.
- 6 Patten SB, Barbui C. Drug-induced depression: a systematic review to inform clinical practice. *Psychother Psychosom* 2004;73:207-15.
- 7 Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. A practical guide to crisis management. *Am Fam Physician* 2006;74:1159-64.
- 8 Depression in adults with chronic physical health problem. NICE clinical guideline 91. October 2009. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- 9 Soellner W, Diefenbacher A, Creed F. Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res* 2005;58:111-2.
- 10 McKenzie M, Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC. Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *J Psychosom Res* 2010;68:21-8.
- 11 Rothenhaeusler H-B, Grieser B, Nollert G ym. Psychiatric and psychological outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:18-26.
- 12 Griffith JL, Lynne G. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics* 2005;46:109-16.
- 13 Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325-9.
- 14 O'Keefe N, Ranjith G. Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clin Med* 2007;7:478-81.

ton ja hoitamaton psyykinen häiriö vaikuttaa epädullisesti myös somaattiseen sairauteen ja siitä toipumiseen; tästä esimerkkeinä ovat masennus ja sydäninfarkti (16).

**Traumatisoitumisen mekanisme ja määritelmiä**

Äkillinen, järkyttävä tilanne määritellään tapahtumaksi, joka ilmenee ilman ennakkovaroitusta ja kontrolloimattomasti ja joka muuttaa keskeisiä elämänarvoja aiheuttaen niin suuren muutoksen, ettei elämää pystytä jatkamaan kuten ennen (17). Somaattisen sairastumisen vaikutukset voidaan rinnastaa äkilliseen, traumaattiseen tapahtumaketjuun, joka voi laukaista akuutin stressioireilun ja pitkittyessään altistaa psyykkisten häiriöiden synnylle. Myös sairauden hoitotoimet saattavat sisältää traumatisoivia elementtejä, kuten kipua tuottavia, vaativia hoitotoimenpiteitä, tai itse sairaus muuttaa pysyvästi toimintakykyä tai ulkonäköä.

Somaattisen sairastumisen nostattamien psyykkisten reaktioiden kulku voidaan ymmärtää yleisen kriisiteorian mukaisesti vaiheittain eteneväksi psykologiseksi prosessiksi, joka on ihmiselle normaali reagoitintapa (18,19) (taulukko 1). Potilaat reagoivat fyysiseen sairastumiseen ja sen aiheuttamiin muutoksiin hyvin yksilöllisesti. Erityisesti kriisin reaktiovaiheessa potilaalle luonteenomaiset käyttäytymistavat voivat ylikorostua ja hän saattaa tuottaa runsaasti psyykkisiä oireita. Lipowskin mukaan (20) (taulukko 2) potilaan psykososiaalinen reaktio fyysiseen sairauteen voi ilmetä joko kognitiivisena, emotionaalisenä tai käyttäytymisen reaktiona kaikelle sille sairauteen liittyvälle tiedolle, jota potilas vastaanottaa. Sairauteen liittyvä tieto koostuu sairauden aiheuttamista fyysisistä tuntemuksista, siitä, mitä potilas sairaudestaan tietää ja uskoo sekä viesteistä, joita potilas saa lähiympäristöltään ja erityisesti hoitavalta lääkäriltään. Potilaan psykososiaaliset reaktiot fyysiseen sairauteen ovat kiinteästi yhteydessä silloiseen sairauden vaiheeseen ja ilmaisevat pyrkimystä ymmärtää tilanne ja sopeutua siihen. Reaktiot voivat näyttäytyä tavanomaisina tai viitata sopeutumishäiriöön. Kaikesta huolimatta psykososiaaliset reaktiot osana sairauden prosessia tulee ottaa huomioon potilaan kanssa keskusteltaessa. Myös elimistö reagoi tilanteeseen. Äkillinen sairastuminen psyykkisesti traumaattisena tilanteena laukaisee hypotalamus-aiivolisäke-li-

sämunuaiskuori-akselin (HPA) kautta ilmenevän stressihormonivälitteisen reaktion, jonka on todettu vaikuttavan epädullisesti monien elinryhmien toimintaan ja mielialaan (21,22,23).

**Milloin kriisihoito on tarpeen?**

Viime vuosina somaattisen hoidon tehokkuus on lisääntynyt ja sairaalahoidon kesto on lyhennyt. Tämän seurauksena sairastumisen laukaisemat kriisireaktiot voivat ilmetä vasta potilaan kotiuduttua. Potilas saattaa ottaa yhteyttä somaattisen sairauden hoitavaan tahoon tilanteessa, jossa psyykkiset oireet ovat voimistuneet kotona hankaloittaen toipumista ja arjessa selviytymistä. Jos psyykkisen kriisin oireet ilmaantuvat somaattisen sairaalahoidon aikana, ne eivät välttämättä häviä sairaalassa ollessa tai edes välittömästi kotiutumisen jälkeen. McKenzien ym. tuoreen tutkimuksen mukaan merkittävä osa sairaalassa ilmenneestä oireilusta (ahdistuneisuus, masennus ja somatoformisen häiriön oireet) jatkui vähintään kolmen kuukauden ajan. Somaattisen ja psyykkisen tilanteen vakavuus sairaalaan tulovaiheessa altisti oireiden pysyvyydelle kotiutumisen jälkeen. Tutkijat korostavat psyykkisten oireiden varhaisen toteamisen ja hoidon tärkeyttä (10).

Somaattisesti sairaan potilaan kriisihoidon tarve syntyy tilanteessa, jossa potilaan somaattinen tila on vakava tai komplisoitunut pitkittäen hoitoa, ja tilanne vaativuudessaan ylittää potilaan omat psyykkiset hallintakeinot. Tyypillinen tilanne voisi olla pitkäkestoista syövän hoitoa saava tai liikenneonnettomuudessa vammautunut potilas, joka on ahdistunut, uneton ja toistuvien leikkausten ja hoitojen sarja ylittää jaksamiskyvyn. Vakavimmillaan psyykinen oireenmuodostus voi jopa estää välttämättömän somaattisen hoidon toteuttamisen.

**Kriisihoidon tavoitteet**

Kriisihoidon ensisijaisena tavoitteena on lievittää akuuttia, mahdollisesti somaattista hoitoa hankaloittavaa oireenmuodostusta ja pyrkiä palauttamaan potilaan psyykinen tasapaino. Jos psykiatrinen häiriö vaikeuttaa tai estää somaattisen sairauden hoitoa, kriisihoidon tavoitteeksi määritellään akuutin psyykkisen oireilun väistyminen, jotta tarvittavat somaattiset hoitotoimet voidaan toteuttaa. Kriisihoidon keinoin voidaan myös tarjota merkittävää tukea kroonisen somaattisen sairauden kanssa selviytymiseen ja

TAULUKKO 1.

**Psykkisen kriisin vaiheet (18, 19).**

Vaihe	Sokkivaihe	Reaktiovaihe	Korjaamisvaihe	Uudelleen suuntautuminen
Kuvaus	Välitön reagointi tapahtuneeseen	Tapahtuneen rationaalinen ja emotionaalinen kohtaaminen	Menetyksen käsittely ja tapahtuneen hyväksyminen	Tulevaisuuteen suuntautuminen
Kesto	Muutama vuorokausi	Muutama kuukausi	Kuukausia - vuosi	Kuukausia - vuosia
Sisältö	Emotionaaliset oireet järkytys hämmennys pelko epävarmuus ahdistus  Kognitiiviset oireet tapahtuneen hahmotusvaikeus orientaatiovaikeus  Fyysiset oireet vireystilan vaihtelu unen häiriöt stressioireet	Hämmennys tapahtuneesta  Voimakkaat tunnereaktiot  Vaikeus ymmärtää, mitä on tapahtunut ja miksi	Tuskallisten muistikuvien mieleen palaaminen  Luopumisen, menetyksen ja sopeutumisen haasteet	Elämä jatkuu  Tapahtunut muuttuu osaksi menneisyyttä

TAULUKKO 2.

**Psykososiaaliset reaktiot fyysiseen sairauteen (20).**

Sairauden merkitys potilaalle	Sairauden laukaisemat tunnereaktiot	Sairauteen sopeutuminen
Sairaudesta haaste tai uhka. Potilas suhtautuu tilanteeseen rationaalisesti mutta joustavasti. Sairaus on vihollinen, joka täytyy voittaa.	Tunnereaktiot vaihtelevat tilanteen mukaan voimakkuudeltaan, kestoaltaan, tarkoituksenmukaisuudeltaan ja fyysiseltä ilmentymältään.	Vähättely. Potilas vähättelee tai kieltää sairauden merkitystä ja haastavan tilanteen vaikutusta itselleen.
Sairaus on menetys. Menetys on joko konkreettinen tai symbolinen.	Yleisimmät tunnereaktiot ovat ahdistus, suru, alakulo, häpeä, syyllisyys ja viha.	Tarkka asioiden huomioiminen. Alttius kiinnittää ylikorostuneesti huomiota yksityiskohtiin kokonaisuuden hahmottamisen kustannuksella.
Sairaus on helpotus, mahdollisuus irrottautua velvoitteista ja itseän kohdistuvista odotuksista.		Sairauskäyttäytyminen - aktiivinen ja osallistuva - antautuva - välittelevä.
Sairaus on joko ansaittu tai ansaitsematon rangaistus.		

15 Chee KY, Taha AB. Referral for psychiatric consultation in state general hospital. *Int Med J* 2004;11:25-7.

16 Sorenson C, Friis-Hasche E, Hagfelt T, Bech P. Postmyocardial infarct and mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychother Psychosom* 2005;74:69-80.

siihen sopeutumiseen (24). Potilaan psykkisen tilanteen korjaantuminen vaikuttaa myönteisesti myös somaattiseen sairauteen. Esimerkiksi stressiä lieventävien interventioiden on todettu parantavan sydänpotilaan ennustetta (25). Masennuksen hoito on merkittävä tekijä ajatellen sairauden kulkua ja elämänlaatua potilailla, jot-

ka sairastavat sydänsairautta, diabetesta tai ärtynyt paksusuoli -oireyhtymää (26). Hoitosuosituksissa korostetaan potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välisen hyvän vuorovaikutuksen tärkeyttä. Tähän liittyen on hyvä pyrkiä siihen, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa sairaudesta ja että heillä on mahdollisuus

- 17 Traumaattiset tilanteet ja traumaattiset kriisit. Kirjassa: Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Julkaisuja 2009:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, s. 10.
- 18 Cullberg J. Psykykinen trauma – Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. Hämeenlinna: Kirjapaino Jaarli 1973, s. 23, 26–29.
- 19 Saari S. Kuin salama kirkkalta taivaalta. Helsinki: Otava 2000, s. 42–68.
- 20 Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness. Current review. *Can Med Assoc J* 1983;128:1069–72.
- 21 Kyrou I, Tsigos C. Stress hormones: physiological stress and regulation of metabolism. *Curr Opin Pharmacol* 2009;9:787–93.
- 22 Leonard BE, Myint A. The psychoneuroimmunology of depression. *Hum Psychopharmacol* 2009;24:165–75.
- 23 Lehto SM, Huotari A, Niskanen L ym. Serum adiponectin and resistin levels in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:209–15.
- 24 Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19:289–303.
- 25 Figueredo VM. The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart. *Am J Med* 2009;122:704–12.
- 26 Rosenthal MH. The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *J Am Osteopath Assoc* 2003;103:10–5.
- 27 Caine RM, Ter-Bagdasarian L. Early identification and management of critical incident stress. *Crit Care Nurse* 2003;23:59–65.
- 28 <http://www.kaypahoito.fi/web-/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50080#s6>
- 29 Henriksson M, Lönnqvist J. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiaatria*. 5. uudistettu painos, *Duodecim*, 2007, s. 276–305.
- 30 Watson PJ, Shalev AY. Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectr* 2005;10:123–31.
- 31 Wise TN. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:196–200.
- 32 Robertson Blackmore E, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011 Mar 7. [Epub ahead of print].

osallistua hoidon suunnitteluun ja päätösten tekoon (8).

### Kriisihoidon elementit ja toteutus

Vakavasti fyysisesti sairaan potilaan saadessa somaattista hoitoa häntä hoitavan henkilökunnan perustyöhön sisältyvä psykkisen tilan seuranta, empaattinen huolenpito sekä yksilölliset tarpeet huomioon ottava hoito sisältävät jo itsessään supportiivisia sekä stressiä ja kriisireaktioita lieventäviä elementtejä (27). Tilanteissa, joissa potilaan stressioireilu vaatii pikaista kriisihoidoa, psykiatrisen koulutuksen saanut työntekijä tai terapeutti-lääkäriyöpari voi tehokkaimmin toteuttaa spesifisen intervention (28).

Yleisenä linjauksena voidaan todeta, että somaattisesti sairaan potilaan kriisihoidon toteutuksessa on syytä soveltaa traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön Käypä hoito -suosituksen yleislinjauksia (28). Kriisihoido voi toteutua sekä sairaalassa että avohoidossa. Kriisihoidoissa psykoterapeuttisen elementin sisältävä hoitosuhde on ensisijainen (28,29). Fyysisiä ja psykkisiä stressioireita on syytä pyrkiä rauhoittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa siten, että hoitotoimenpiteet perustuvat huolelliseen yksilölliseen arviointiin. Tällä voi olla merkittävää ennaltaehkäisevää vaikutusta tilanteen myöhempään kehitykseen (30). Yleensä kriisihoido on lyhytaikainen, muutaman viikon kestävä interventio, jonka aikana psykiatrinen sairaanhoitaja tai psykologi tapaa potilasta tarpeen mukaan, tarvittaessa useita kertoja viikossa. Kriisihoitaja luo potilaaseen inhimillisen ja rauhoittavan vuorovaikutuksen, jolloin potilas voi purkaa ajankohtaisen tilanteen synnyttämää huolestuneisuutta ja tunnekuormaa. Kriisihoidossa keskitytään ajankohtaiseen, somaattisen sairauden synnyttämään kriisitilanteeseen. Keskustelujen aikana kriisihoitaja pyrkii luomaan kuvan potilaan elämäntilanteesta ja tätä kautta löytämään potilaalle ominaiset sopeuttavat selviytymiskeinot ja auttamaan niiden hyödyntämisessä. Lisäksi kriisihoitaja pyrkii vahvistamaan potilaan yhteyttä hänen omaan perheeseensä ja sosiaaliseen tukiverkostoonsa (28). Kriisihoidoa suunniteltaessa klinisen taustatilanteen huomioon ottaminen on erityisen tärkeää. Elinsiirtoa odottavan potilaan kriisihoidon toteutusmenetelmä ja hoidon sisältö on hyvin erilainen verrattuna esimerkiksi lapsensa menettäneen äidin kriisihoidon (31,32,33).

Kriisihoidon käytännön toteutuksessa on monia vaihtoehtoja. Kognitiivinen terapia auttaa tunnistamaan ja muuttamaan epätarkoituksenmukaisia ajatustapoja ja niiden yhteyksiä ongelmallisiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintatapoihin. Esimerkiksi kognitiivis-behavioraalisesa stressinhallintamenetelmässä (CBSM) rentouttavien mielikuvien, rentoutusmenetelmien sekä kotitehtävien avulla pyritään lisäämään ahdistuksen hallintakykyä (34). Tunneilmaisuihin kannustavan terapian avulla potilasta tuetaan tunnistamaan ja käsittelemään sairauteen liittyviä tunnereaktioita (35). Narratiivisessa terapiassa pyritään kerronnan avulla kohdentamaan, tarkastelemaan ja muuttamaan suhtautumista ongelmalliseksi koettuun asiaan (36). Psykoedukaatio voi esimerkiksi tukea potilasta sairauteen liittyvissä päätöksissä (37). Psykodynaamisessa psykoterapiassa potilasta autetaan löytämään ongelmien taustalla olevia mielenalaisia ristiriitoja. Esimerkiksi psykodynaamisen lyhytpsykoterapian on todettu lievittävän somaattisesti sairaiden potilaiden fyysisiä ja psykkisiä oireita sekä kohentavan sosiaalista sopeutuvuutta (38). Joissain potilasryhmissä terapeutin intervention käytännön toteuttamisessa on hyödynnetty myös internettiä (39) tai puhelinkontaktia (40).

### Kriisihoidon vaikuttavuus

Kognitiivis-behavioraalisten rentoutus- ja stressinhallintamenetelmien (CBSM) on todettu lievittävän psykkisiä oireita, parantavan potilaan elämänlaatua ja vaikuttavan myönteisesti somaattisen sairauden tilaan. Amerikkalaisessa tutkimuksessa keuhkosairaiden potilaiden kuntoutuksessa erityisesti masennusoireet lievittyivät tehokkaammin ryhmässä, joka sai tavanomaisen kahdeksan viikon kuntoutuksen lisäksi lihasrentoutusharjoituksia (41). Antonin ym. ryhmän toteuttaman kymmenen viikkoa kestäneen kognitiivis-behavioraalisen stressinhallintamenetelmän rintasyöpäpotilaiden elämänlaatua parantava vaikutus oli havaittavissa vielä vuosi intervention jälkeen (42). Blumenthalin ym. satunnaistetussa tutkimuksessa 107 iskemiooireista kärsivää sepelvaltimotautipotilasta jaettiin neljä kuukautta kestäneisiin stressinhallinta- ja kuntoharjoitteluryhmiin sekä tavanomaista hoitoa saaviin potilaisiin. Seuranta-aikana (38 + 17 kk) stressinhallintaryhmän potilaiden suhteellinen riski saada sydäntapahtuma oli merkittävästi pienempi kuin muissa ryhmis-

- 33 Harper M, O'Connor R, Dickson A, O'Carroll R. Mothers continuing bonds and ambivalence to personal mortality after the death of their child - An interpretative phenomenological analysis. *Psychol Health Med* 2011;16:203-14.
- 34 Antoni MH, Lechner S, Diaz A ym. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 2009;23:580-91.
- 35 Classen C, Butler LD, Koopman C ym. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:494-501.
- 36 Newman D. Using narrative practices with anxiety and depression: elevating context, joining people and collecting insider-knowledges. *Int J Narrative Therapy Community Work* 2010;2:22-9.
- 37 Rosenzweig M, Brusky A, Rastogi O ym. The attitudes, communication, treatment and support intervention to reduce breast cancer treatment disparity. *Oncol Nurs Forum* 2011;38:85-9.
- 38 Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom* 2009;78:265-74.
- 39 Dew MA, Goycoolea JM, Harris RC ym. An internet-based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: development and evaluation. *J Heart Lung Transplant* 2004;23:745-58.
- 40 Blumenthal JA, Babyak MA, Carney RM ym. Telephone-based coping skills training for patients awaiting lung transplantation. *J Consult Clin Psychology* 2006;74:535-44.
- 41 Lolak K, Connors GL, Sheridan MJ, Wise TN. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychother Psychosom* 2008;77:119-25.
- 42 Antoni MH, Lechner SC, Kazi A ym. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1143-52.
- 43 Blumenthal JA, Jiang W, Babyak MA ym. Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. Effects of prognosis and evaluation of mechanisms. *Arch Int Med* 1997;157:2213-23.

sä (43). Antonin ym. toteuttamassa tutkimuksessa CBSM-ryhmään osallistuneiden rintasyöpäpotilaiden sekä psykososiaalinen että fysiologinen sopeutuminen sairauteen oli parempaa kuin kontrolliryhmässä (vähäisempi sekä syöpään liittyvä että yleinen ahdistuneisuus ja pienempi kortisolipitoisuus, suurempi sytokiini-tuotanto ja interleukiini 2- ja interleukiini 4-suhde) (34). CBSM-intervention vaikuttavuus on todennettu myös satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa 10 viikon ryhmäinterventio lievensi HIV-positiivisten naisten stressioireita sekä vaikutti myönteisesti myös somaattiseen tilanteeseen (44).

de Jongen ym. tutkimuksessa hoitajan toteuttaman intervention todettiin vähentävän merkittävästi somaattisesti monisairaiden potilaiden vakavan masennuksen esiintyvyyttä (45). Amerikkalainen McLaughlin toteutti tutkimusryhmänsä kanssa vuosien 2001–2003 aikana kontrolloidun, satunnaistetun tutkimuksen, jossa 53:lle akuutista sydäntapahtumasta selvinneelle potilaalle toteutettiin tukea antava interventio kuukausi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Interventio sisälsi kuusi puolen tunnin mittaista tukea antavaa puhelinkeskustelua. Keskustelussa käytiin läpi sairauteen liittyviä pelkoja (hallinnan menettäminen, minäkuvan muutos, riippuvaisuus, häpeä, luopuminen, viha, eristäytyminen ja kuolemanpelko) sekä etsittiin yksilöllisiä selviytymiskeinoja. Kontrolliryhmä, johon kuului 47 potilasta, sai sairaalasta mukaansa kirjallisen ohjeen, joka käsitteli krooniseen sairauteen sopeutumista sekä neuvon masennusoireiden ilmaantuessa hakeutua perusterveydenhuollon vastaanotolle. Tutkimuksen tulos oli vakuuttava: interventioyöryhmässä olleiden potilaiden masennus- ja ahdistuneisuusoireet lievivät kolmanneksen enemmän kontrolliryhmään verrattuna (46).

Vamos on vuonna 2006 arvioinut somaattisesti sairaalle potilaalle toteutettujen kriisihoitojen vaikuttavuutta. Tutkimuksia oli niukalti, ja monissa tutkimusasetelmissä oli metodologisia heikkouksia. Yleisimmin vaikuttavuustutkimusten kohteena oli ollut sairauteen sopeutuminen ja psyykinen oireilu ja vähemmässä määrin vaikutukset somaattisen sairauden ennusteseen. Yleisimmin käytettyjä interventiomuotoja olivat kognitiivis-behavioraalinen, tukea ja informaatiota antava sekä ryhmämuotoisena toteutettu interventio (47). Van Stratenin ym. tänä

vuonna julkaistussa meta-analyysissä päädyttiin johtopäätökseen, että hoidettaessa somaattisesti sairaiden potilaiden masennusoireita psykologisen hoitomenetelmin (esim. kognitiivis-behavioraalinen, supportiivinen, ratkaisukeskeinen ja interpersoonallinen terapia), hoidon vaikuttavuus on hyvin samankaltainen kuin silloin, kun hoidon kohteena ovat somaattisesti terveet masennuspotilaat (48).

### Psykykenlääkitys kriisihoidon yhteydessä

Kriisihoito ja psykykenlääkehoito täydentävät toisiaan. Kriisihoitopotilaan psykykenlääkehoidolla pyritään tukemaan psyykkisen toimintakyvyn palautumista lievittämällä akuuttia oireenmuodostusta. Lääkehoidon tarve tulee arvioida yksilöllisesti. Benton ym. on todennut, että somaattisesti sairaan potilaan masennusoireiden tunnistaminen ja yksilöllisesti harkitun masennuslääkehoidon toteuttaminen on tärkeää, ei ainoastaan masennuksen hoitamisen, vaan myös potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta (24). Psykykenlääkehoidon toteutuksessa tulee ottaa huomioon somaattisen sairauden hoitoon käytetyt lääkkeet ja niiden mahdolliset yhteis- ja haittavaikutukset, jotka voivat vaikuttaa lääkkeiden tehoon, siedettävyyteen ja turvallisuuteen (49,50). Esimerkiksi rintasyöpäpotilaiden kohdalla masennuslääkkeen valinnassa tulee ottaa huomioon CYP2D6:n kautta ilmenevä tamoksifeenin metaboliaa inhiboiva vaikutus, minkä vuoksi erityisesti paroksetiiniin ja fluoksetiiniin käyttöä tulee välttää. Näissä tilanteissa suositeltavimpia masennuslääkkeitä ovat venlafaksiini, sertraliini ja sitalopraami (51,52). Lisäksi esimerkiksi bentsodiatsepiinit hyvästä ahdistusta lievittävästä tehostaan huolimatta voivat aiheuttaa kognitiivisia haittavaikutuksia, jotka saattavat hankaloittaa psykologista kriisin käsittelyä (53).

### Kriisihoidon toteutus KYS:ssä

KYS:n yleissairaalapsykiatrian poliklinikan perustehtävään kuuluu yliopistosairaalan muille erikoisaloille kohdenneet konsultaatiotutkimukset, joiden tavoitteena on kliinisen tilannearvion perusteella diagnostisoida mahdollinen psykiatrinen häiriö ja arvioida psykykenlääkityksen ja psykiatrisen hoidon tarve. Konsultaatiotutkimus tehdään yhteistyössä potilaan somaattisesta hoidosta vastaavan tahon kanssa. Tarvit-

- 44 Antoni MH, Pereira DB, Marion I ym. Stress management effects on perceived stress and cervical neoplasia in low-income HIV-infected women. *J Psychosom Res* 2008;65:389–401.
- 45 de Jonge P, Hadj FB, Boffa D ym. Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized, controlled trial. *Psychosomatics*. 2009;50:227–33.
- 46 McLaughlin TJ, Aupont O, Bambauer KZ ym. Improving psychologic adjustment to chronic illness in cardiac patients. The role of depression and anxiety. *J Gen Intern Med* 2005;20:1084–9.
- 47 Vamos M. Psychotherapy in the medically ill: a commentary. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:295–309.
- 48 van Straten A, Geraedts A, Verdonk-de Leeuw I, Andersson G, Cuijpers P. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2010;69:23–32.
- 49 Stevens JR, Fava M, Rosenbaum JF, Alpert JE. Psychopharmacology in the medical setting. Kirjassa: Stern AT, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Philadelphia USA: Saunders Elsevier 2010. s 441.
- 50 Robinson MJ, Levenson JL. The use of psychotropics in the medically ill. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2:247–55.
- 51 Desmarais JE, Looper KJ. Interactions between tamoxifen and antidepressants via cytochrome P450 2D6. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1688–97.
- 52 Henry NL, Stearns V, Flockhart DA, Hayes DF, Riba M. Drug interactions and pharmacogenomics in the treatment for breast cancer and depression. *Am J Psychiatry* 2008;165:1251–5.
- 53 Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Suppl 2:9–13.

Kirjoittaja on ilmoittanut sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):

Ei sidonnaisuuksia.

taessa taustatietoja kootaan potilaan omaisilta ja mahdollisesti jo olemassa olevasta kotipaikkakunnan psykiatrisesta avohoitoyksiköstä. Päätös kriisihoidon aloittamisesta tehdään yleissairaalapsykiatrian poliklinikan moniammatillisessa tiimissä. Kriisihoito toteutetaan terapeutti-lääkärityöparin yhteistyönä. Kriisiterapian tiheys on 1–2 kertaa viikossa.

Kriisihoito voi alkaa potilaan ollessa hoidossa yleissairaalan somaattisella osastolla, ja terapia saattaa jatkua polikliinisesti sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kriisitalanteen selvittely ja sen jälkeen alkava kriisihoito voivat myös kokonaisuudessaan toteutua polikliinisesti. Noin neljäsosa polikliinikkamme terapiahoidoista on kriisihoitoja, joissa akuutin hoidon tarpeen on aiheuttanut joko somaattisen sairastumisen laukaisema kriisi, onnettomuuden aiheuttama vakava vammautuminen, raskauskomplikaatio tai lapsen menetys tai lapsettomuuteen liittyvä kriisi. Kriisihoidon kesto vaihtelee muutamasta kriisikeskustelusta 2–3 kuukauden mittaiseen hoitajaksoon. Jos psykyenlääkitystä tarvitaan, yleensä potilailla on joko unihäiriöön tai ahdistuneisuuteen määrättyä tarvittavaa lääkitystä. Joka hoitava lääkäri tai moniammatillinen tiimi arvioi kriisihoidon vaikuttavuutta. Tarvittaessa järjestetään hoitopalaverieita, joissa läsnä ovat potilaan ja hänen läheistensä lisäksi sekä somaattisen hoidon että kriisiterapian toteuttajat. Hoitopalaverissa käydään kliinisesti arvioiden läpi sekä ajankohtaiset asiat että tulevat suunnitelmat.

### Lopuksi

Potilaat reagoivat fyysiseen sairastumiseen ja sen aiheuttamiin muutoksiin hyvin yksilöllisesti. Somaattisen sairastumisen nostattamien psyykkisten reaktioiden kulku voidaan ymmärtää yleisen kriisiteorian mukaisesti vaiheittain eteneväksi psykologiseksi prosessiksi, joka on ihmiselle normaali reagointitapa. Erityisesti kriisin reaktiovaiheessa potilaalle luonteenomaiset käyttäytymistavat voivat ylikorostua ja hän saattaa tuottaa runsaasti psyykkisiä oireita.

Pitkittyessään tila voi altistaa psykiatrisen häiriön synnylle. Somaattisesti sairaiden potilaiden psyykinen sairastavuus on yleistä. Tästä huolimatta psyykkiset oireet jäävät herkästi huomiotta, mikä vaikuttaa epäedullisesti sekä potilaan psyykkiseen vointiin että somaattisen sairauden kulkuun ja ennusteeseen.

Somaattisesti sairas potilas tarvitsee kriisihoitoa tilanteessa, jossa somaattisen sairauden tila on vakava tai komplisoitunut tai hoitotoimet niin vaativia, että potilaan omat psyykkiset hallintakeinot eivät enää riitä tilanteesta selviytymiseen. Somaattisen osaston henkilökunta voi merkittävällä tavalla antaa tukea rauhoittavalla hoito-otteella. Jos tilanne akutisoituu ja psyykinen oireenmuodostus on voimakasta, psykiatrisen henkilökunnan on syytä tehdä tilannearvio ja tarpeenmukaisen hoidon suunnittelu ja toteutus. Yksi tärkeimmistä somaattisesti sairaan potilaan kriisihoidon elementeistä on yhteistyö somaattista sairautta hoitavan tahon kanssa. Toimivan yhteistyön tavoitteena on varmistaa paras mahdollinen apu potilaalle, joka tarvitsee samanaikaisesti hoitoa sekä somaattiseen että psykiatrisen sairauteensa. ■

TUULA PESONEN  
M.D.  
Kuopio University Hospital,  
Department of Psychiatry  
e-mail: tuula.pesonen@kuh.fi

## ENGLISH SUMMARY

# Crisis therapies during medical illness

Psychological and physical health is a fundamental assumption of human life. Suffering from medical illness alters the normal course of life and changes one's image of the future. A patient needs to be able to cope, accept and re-adjust. Emotional reactions arising from medical illness are normal up to a point. When mental symptoms become stronger, the interaction between the patient and the nursing staff becomes difficult. Medical illness, a protracted hospital stay and other intrahospital factors may trigger a latent psychiatric disorder. An untreated psychiatric disorder may complicate recovery from medical illness.

The prevalence of psychiatric disorders among patients in a general hospital varies between 25 and 30%. The most common disorders are anxiety, post-traumatic stress disorder, depression, somatoform disorders, delirium and cognitive problems. Serious medical illness in a patient may also signal hopelessness, which is difficult to separate from depression, because both states are manifested by problems with sleep and appetite, inability to cope or suicidal thoughts. Some psychiatric disorders may be masked by somatic symptoms, and thus only clear changes in a patient's state may be detected and treated.

The influences of medical illness can be compared with a series of traumatic events, which may initiate an acute stress reaction. The treatment of medical illness may also include traumatic elements or may change the exterior appearance or functional capacity of the patient. Psychological reactions triggered by somatic illness can be understood by the general crisis theory and be seen as a process with normal chronological phases. Especially during the reaction phase the patient may act abnormally and produce psychiatric symptoms. If it persists, the situation may predispose to psychiatric disorders. Additionally, traumatic events trigger the stress hormone reaction transmitted by the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis, which has negative effects on the physiological system and mood.

The need for crisis therapy emerges when the somatic state is serious or complicated, and the situation becomes insuperable to the patient. In the most serious situations, the psychiatric disorder may prevent the necessary somatic treatment. The aim of crisis therapy is to alleviate the psychiatric symptoms and restore the mental balance. Crisis therapy also offers significant support in coping with somatic illness.

The empathic care and individual treatment offered by nursing staff includes stress-releasing elements. When the stress reaction is strong and immediate relief is needed, crisis intervention is most effectively carried out by psychiatric staff. The implementation of the treatment is described in the Current Care Guidelines of PTSD. The essential psychological treatment should include psychotherapeutic elements. The treatment is focused on the current situation. In a few weeks of intervention, patients can with the help of calming interaction release the current emotional load. Concerning somatic medication, the need for pharmacotherapy should be evaluated individually, taking into account possible drug-drug interactions, which may alter the effectiveness, tolerability and safety of drug treatment.