



NEUROPSY OPEN

Neuropsykologian erikoistumiskoulutuksen julkaisuja
Publications by the Specialisation Programme in Neuropsychology

Helsingin yliopisto, University of Helsinki, 3/2021

Työ- ja toimintakyvyn arviointiprosessi psykiatriassa

Kaisu Paulanto

TIIVISTELMÄ

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuvien tutkittavien psyykkisessä suoriutumisessa ja heidän arviossaan omasta toimintakyvystään on usein epäsuhtaa. Objektiiivisissa havainnoissa ja tutkittavan subjektiivisissa havainnoissa oleva ristiriita on usein tavallinen tutkimuslöydös. Tämän vuoksi diagnosoinnissa ei voida pelkästään nojata tutkittavan oman arvion vaaraan, vaan tarvitaan subjektiivisen arvioinnin lisäksi myös objektiivista näyttöä tutkittavan toimintakyvystä tai sen puutteesta. Moniammatillinen arviointityö on usein tarpeen psykiatrisessa työkyvynarviossa. Tässä työssä kuvataan HUS työkyvyntutkimuspoliklinikan tutkimuskäytäntöjä keskittyen erityisesti neuropsykologin työnkuvaan. HUS työkyvyntutkimuspoliklinikalla pyritään keräämään tietoa tutkittavan subjektiivisesta ja objektiivisesta toimintakyvystä erilaisissa tutkimustilanteissa. Psykiatriassa neuropsykologin työnkuva sijoittuu kliinisen psykologin ja neuropsykologin välimaastoon. Tässä työssä arvioidaan myös Wagnildin resilienssi-kyseilyn lyhyttä versiota (RS-14) ja sen käyttökelpoisuutta HUS työkyvyntutkimuspoliklinikan potilailla.

Avainsanat:

Objektiivinen havainnointi, subjektiivinen havainnointi, neuropsykologi, työkyvyn arviointi, resilienssi

Työ on valmistunut osana kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologikoulutusta

JOHDANTO

Psykiatristen potilaiden itsearviointi on vähemmän tarkkaa ja vaihtelevampaa kuin väestössä keskimäärin, ja siksi psykiatrisessa tutkimuksessa on tärkeää pohtia tutkittavan subjektiivisen ja objektiivisen toimintakyvyn välistä suhdetta (Oltmanns & Turkheimer, 2009). Psykiatrisessa tutkimuksessa ongelma on monesti se, että tut-

kittavan on vaikea tarkasti tunnistaa omia vaikeuksiaan. Esimerkiksi työkyvynarvioissa tutkittavan vastauksiin voi vaikuttaa motivaatio saada erilaisia etuuksia (Heikinheimo, Tuisku, Luukkonen, & Lagerveld, 2018), tai työhön liittyvä ahdistus voi vaikuttaa negatiivisesti oireiden raportointiin (Muschalla, 2018). Masentuneilla potilailla on tyypillisesti negatiivisesti korostunutta

raportointia ja alhaiset odotuksen toimintakykynsä suhteen (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Persoonallisuushäiriöihin liittyy vaikeuksia tarkassa itsehavainnoinnissa (Oltmanns & Turkheimer, 2009). Kliinissä kokemuksessa on havaittu myös, että psykoosispektrin potilailla on usein epärealistisen hyvät odotukset oman suoriutumisen suhteen.

Erikoissairaanhoidon työkyvyntutkimuspoliklinikalle ohjautuvat tutkittavat ovat usein niitä, joiden työkyvystä on eri osapuolen välillä keskenään ristiriitaista näkemystä. Tutkittavilla on monesti myös samanaikaisia ongelmia. Esimerkiksi noin puolelle työkyvyntutkimuspoliklinikan potilaista asetetaan persoonallisuushäiriödiagnoosi. Tutkimuspoliklinikalle ohjautuu tutkittavia muun muassa työterveyshuollosta, yksityisiltä toimialoilta, terveyskeskuksista ja psykiatrian poliklinikoilta. Tyypillistä potilaille on, että heidän työkykyään on jo arvioitu moneen otteeseen, tuloksetta.

Potilaan subjektiivisia kokemuksia omista kyvyistään, vahvuuksistaan ja oireistaan, kerätään haastatteluissa ja jäseneltyjen kyselylomakkeiden avulla. Itsearviointit ovat hyvä tapa jäsentää tietoa, ja ne antavat myös tietoa siitä, onko tutkittavan tila parantunut vai huonontunut (Tuisku, Joutsenniemi, Rentto, & Heikinheimo, 2015).

Psykiatrissa diagnostiikkaa ei kuitenkaan voida pohjata yksin kyselylomakkeiden varaan niiden subjektiivisen luonteen vuoksi. Tarvitaan myös objektiivisiä mittareita. Anamnestiset tiedot (esimerkiksi koulutus ja työhistoria) tarjoavat objektiivisempaa tietoa tutkittavan toimintakyvystä. Objektivistista tietoa tutkimusprosessiin tuovat myös psykologin/neuropsykologin tutkimus, standardisoidut testit sekä toimintaterapeutin arvio tutkittavan toimintakyvystä.

Tämän työn tarkoituksena on esitellä HUS työkyvyntutkimuspoliklinikan tutkimusprosessia objektiivisen ja subjektiivisen tiedon

keruun näkökulmasta. Erityisesti käsittelen neuropsykologin toimintaa psykiatriassa. Työssä käsitellään myös resilienssiä subjektiivisena arviointimenetelmänä neuropsykologin tutkimuksessa.

HUS TYÖKYVYNTUTKIMUSPOLIKLINIKAN TUTKIMUSPROSEDUURI

Moniammatillinen kliininen tutkimusproseduuri on tarpeen silloin, kun tutkittavan työkyvystä on ristiriitaista tietoa eri osapuolen välillä. HUS työkyvyntutkimuspoliklinikalla pyritään keräämään tietoa tutkittavan subjektiivisesta ja objektiivisesta toimintakyvystä erilaisissa strukturoiduissa ja ei-strukturoiduissa tilanteissa (Taulukko 1). Työkyvyntutkimuspoliklinikan tutkimusjakso alkaa usein sairaanhoitajan elämäntapa- ja haastattelulla. Tutkittava täyttää samalla myös erilaisia kyselyitä ja itsearvioita, kuten masennusoirekyselyn (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), ahdistusoirekyselyt (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ja (OASIS) (Norman, Cissell, Means-Christensen, & Stein, 2006) ja alkoholin käyttöön liittyvän kyselykaavakkeen (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993). Tutkittava täyttää myös erilaisia työhön liittyviä kyselyitä kuten Sheehanin työkykyasteikon (Sheehan, Harnett-Sheehan, & Raj, 1996), Työhön paluun pystyvyys -kyselyn (RTW-SE) (Lagerveld, Blonk, Breninkmeijer, & Schaufeli, 2010) ja työhön paluun valmius -kyselyn (RTW-RQ) (Tuisku ym., 2015).

Sairaanhoitajan käyntien jälkeen tulevat sosiaalityöntekijän ja psykiatrin tapaamiset. Sosiaalityöntekijä kerää tietoa muun muassa potilaan koulutus- ja työhistoriasta. Sosiaalityöntekijä selvittää myös tutkittavan etuusasiat ja on usein yhteydessä työnantajaan. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä järjestää verkostoneuvottelun tutkittavan työnantajan kanssa. Psykiatrin tai psy-

Taulukko 1. Objektiivinen ja subjektiivinen tiedonkeruu työkyvynarviossa

	Objektiivinen tieto	Subjektiivinen tieto
Strukturoitu tutkimustilanne	Psykologin tai neuropsykologin testi- ja tutkimustilanne	Kyselyt Itsearviointivälineet SCID I, SCID-II
Puolistrukturoitu tutkimustilanne	Koulutus ja tiedot työhistoriasta Toimintaterapeutin tutkimus Tutkittavan käyttäytyminen Kliiniset havainnot tutkittavan käyttäytymisestä	Tutkittavan antama anamneesi Elämänkaarihaastattelu Tutkittavan sukulaisen, puolison tai työnantajan haastattelu

kiatriciaan erikoistuvan lääkärin tehtävänä on haastatella tutkittavaa ja tehdä diagnostiset SCID I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) ja SCID II (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 2008) haastattelut. Jos tutkittavan työkyky jää vielä epäselväksi, tutkimusjaksoon lisätään myös toimintaterapeutin arvio tutkittavan toimintakyvystä. Toimintaterapeutin tehtävä työkyvyntutkimuspoliklinikalla on yleensä havainnoida tutkittavaa ryhmätilanteessa konkreettisesti toiminnassa, joka on työkyvyntutkimuspoliklinikalla kirjansidonta. Tutkittava valmistaa siis kirjan annettujen kirjallisten ohjeiden mukaan. Toimintaterapeutin ryhmämuotoisessa tutkimuksessa esiin tulevat helpommin myös nk. toiminnanohjauk-

sen ongelmat, joita voi olla hankala tavoittaa (neuro)psykologin strukturoidussa tutkimustilanteessa. Objektiivista tietoa tutkittavan toimintakyvystä antavat myös kliinisen psykologin ja/tai neuropsykologin tutkimukset, josta lisää seuraavassa kappaleessa. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi myös verkostopalaveri työnantajan kanssa on usein tarpeen. Tutkittavan avulla tutkittavan lähipiiriä, esimerkiksi puolisoa tai perheenjäsentä, haastatellaan puhelimitse. Jos tutkittava käy terapiassa, niin terapeuttia voidaan myös haastatella.

Tutkimusjakso kestää tavallisimmin kuukaudesta kahteen kuukauteen ja se päättyy loppuneuvotteluun, jossa mukana ovat kaikki potilasta tutkineet työntekijät. Ennen

loppuneuvottelua työntekijät vetävät yhteen tutkimushavainnot ja –löydökset. Tärkeää on kerätä yhteen tutkittavan toiminnasta tehdyt havainnot, jotka voivat olla erilaisia eri työntekijöillä. Huomiota kiinnitetään erityisesti siihen, jos tutkittavan toiminnassa havaitaan suurta vaihtelua tilanteesta toiseen. Tämä saattaa olla erityisen informatiivista tutkittavan diagnosoinnissa.

NEUROPSYKOLOGIN ROOLI PSYKIATRISSESSA TYÖKYVYNARVIOS- SASSA

Neuropsykologisen tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa aivojen toimintahäiriöiden kognitiiviset, tunne- ja käyttäytymisvaikutukset (Halligan, Kischka, & Marshall, 2003). Neuropsykologin rooli psykiatriassa on hieman joustavampi verrattuna esimerkiksi puhtaasti neurologisten potilaiden kanssa työskenteleviin neuropsykologeihin. Neuropsykologi psykiatriassa toimii kliinisen psykologin ja neuropsykologin työnkuvien välimaastossa. Kliinisestä psykologiasta tulevat neuropsykologin tutkimukseen monipuoliset haastattelutekniikat, joilla tutkitaan persoonallisuutta ja sosiaalista vuorovaikutusta. Neuropsykologin (tai psykologin) tutkimuksessa tärkeää on kognitiivisten toimintojen arvioinnin lisäksi tarkastella tutkittavan tyyliä olla vuorovaikutuksessa, esimerkiksi millainen on tutkittavan emotionaalinen reagoitavuus, psyykinen resilienssi (eli jousto- ja sopeutumiskyky), tai millaisia psyykkisiä selviytymis- ja suojautumiskeinoja tutkittava käyttää ja miten tutkittava hahmottaa asioita ja antaa niille merkityksiä. Kyselyt ovat olennainen osa neuropsykologista (ja psykologista) tutkimusta. Kyselyiden merkitys on jäsentää tietoa ja kartoittaa, millainen kuva tutkittavalla itsellään on omasta toimintakyvystään. Itsearvioinneista tuleva tieto yhdistetään testeistä saatuihin tietoihin. Erityistä huomiota kiinnitetään näillä välineillä saatuun epäsuhtaan, joka on yleinen löydös erikoissairaanhoidon tutkimuksissa.

Neuropsykologi jäsentää psykiatrasta diagnoosikenttää kognitiivisesti painottuneilla menetelmillä. Neuropsykologi arvioi tutkittavan kognitiivisia toimintoja ja ottaa kantaa mahdolliseen suorituskyvyn laskuun sekä arvioi, ovatko muutokset tilapäisiä vai pysyviä ja mitkä tekijät ajankohtaisesti vaikuttavat tutkittavan kognitioon. Tiedonkäsitteilyyn vaikuttavia tekijöitä ovat mm. väsymys/uupumus, masennus/ahdistus, kivut, aistipuutokset, päihteet/lääkkeet, jännitys, motivaatio, univaikeudet ja stressi. Tutkittavan primaaritasoa arvioidaan tutkimuksessa anamnestisten tietojen ja parhaiden osasuoritusten perusteella. Anamnestisten tietojen perusteella otetaan kantaa myös mahdollisiin kehityksellisiin ongelmiin. Käräsin 2/2016-3/2017 välisenä aikana 150 potilaan aineiston, jonka perusteella tavallisimmat löydökset neuropsykologin tutkimuksessa psykiatriassa olivat keskittymisen vaikeudet, työmuisti- ja muistiongelmat sekä prosessoinnin hitaus. Neuropsykologin tutkimuksessa arvioidaan laadullisesti myös tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen erityispiirteitä, sosiaalista kognitiota sekä oirekuvan ja persoonallisuuden muutoksia.

Kognitiivinen testisuoriutumisen ei suoraan kerro tutkittavan diagnoosista. Verrattuna neurologisiin oirekuviin, psykiatriset oireet/löydökset ovat epäspesifejä ja samat toiminnot saattavat häiriintyä eri oirekuvissa (Braun, 2018). Kliinisen aineiston perustella psykiatriset ongelmat näkyivät eriasteisina visuaalisessa päättelyssä, työmuistin prosessissa, muistitoiminnoissa ja prosessointinopeudessa, kun taas kielellisissä toiminnoissa ryhmätasolla ei näkynyt välttämättä poikkeavuutta. Tämä on tärkeää, koska psykiatrisia potilaita usein arvioidaan kieleen perustuvilla menetelmillä esim. haastattelemalla.

Neuropsykologin tutkimukset voidaan tehdä eri laajuisina. Jos neuropsykologi/psykologi hyödyntää tehokkaasti jo aiemmin kerättyä tietoa, tutkimukset voi-

daan suorittaa kohdennettuna. Tavallisimmin neuropsykologin tutkimus HUS työkyvyntutkimuspoliklinikalla sisältää kaksi käyntiä.

RESILIENSSI TYÖKYKYARVIOINNISSA

Tutkittavan subjektiivinen kokemus omasta työkyvystä ennustaa työhön paluuta (Blank, Peters, Pickvance, Wilford, & Macdonald, 2008; Cornelius, van der Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011; Mondloch, Cole, & Frank, 2001). Psykiatrisessa arvioissa harvoin kuitenkaan keskitytään potilaan voimavaroihin. Psykiatria on kritisoitu siitä, että arviointi on usein ongelmakeskeistä, mikä saattaa johtaa siihen, että tutkittava esimerkiksi identifioituu liiaksi sairaan rooliin (Heikinheimo ym., 2018; Tuisku ym., 2015). Resilienssi olisi tässä suhteessa voimavarakeskinen arviointimenetelmä ja se voi olla hyvä tapa arvioida esimerkiksi tutkittavan kykyä ja voimavaroja palata töihin.

Resilienssin käsite on moniulotteinen, eikä ole vielä yhtä hyväksyttyä tapaa määritellä resilienssi. Yleisimmin sillä tarkoitetaan kykyä toipua vastoinkäymisistä. Resilienssi on mm. psyykkistä joustavuutta ja kestävyttä. Resilienssin lähikäsitteitä ovat mm. koherenssi ja pystyvyysusko. Resilienssi voidaan määritellä kompetenssina ja positiivisina persoonallisuuden piirteinä, jotka helpottavat sopeutumista (Windle, Bennet, & Noyes, 2011). Resilienssi liittyy yksilön kykyyn käyttää monia sopeutumis- ja selviytymisstrategioita joustavasti (Martin, Harmell, & Mausbach, 2015), kykyä tuntea positiivisia tunteita (Wagnild, 2009; Wagnild & Young, 1993; Vaillant, 2015), ja kykyä arvostaa itseä ja käyttää positiivista attribuutiotyylä (Johnson, Panagioti, Bass, Ramsey, & Harrison, 2017). Laajassa mielessä resilienssi on kykyä säädellä itseään ja tunteitaan (Pulkkinen & Kokko, 2017). Luottamus omiin kykyihin ja kyky käyttää

tehokkaita ja aktiivisia sopeutumiskeinoja suojaavat stressiltä ja siihen liittyviltä sairauksilta kuten masennukselta (Southwick & Charney, 2012).

Heikko resilienssi puolestaan liittyy mielen-terveyden ongelmiin, kuten itsearvioituun masennukseen ja masennusoireisiin sekä diagnosoituun masennukseen (Cal, Ribeiro de Sa, Glustak, Santiago, & Walla, 2015; Callegari ym., 2016; Shi, Liu, Wang, & Wang, 2016; Wagnild, 2009; Wagnild & Young, 1993). Wagnildin (1993) 14 kysymystä sisältävä Resilienssikysely (RS-14) on todettu toimivaksi suomalaisessa arvioinnissa (Losoi ym., 2013). Myös muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että RS-14 toimii hyvin ja mielenterveydenongelmat näkyvät kyselyssä alemmina pistemäärinä (Aiena, Baczwaski, Schulenberg, & Buchanan, 2015; Callegari ym., 2016; Nishi ym., 2013; Ntountoulaki, Paika, Kotsis, Papaioannou, & Andreoulakis, 2017; Paulanto, Rapeli, Lipsanen, Tuisku, & Paunio, 2019).

Wagnildin (2009) mukaan resilienssin ulottuvuuksia ovat 1) tyyneys; tasapainoinen näkemys omasta elämästä ja kokemuksista, 2) pitkäjänteisyys/kestävyys; tahto osallistua ja jatkaa oman elämän rakentamista, 3) itsenäisyys; usko itseen ja omiin kykyihin, 4) tarkoituksellisuus; ymmärrys siitä, että elämällä on tarkoitus, 5) eksistentiaalinen "itsellisyys"; jokaisen ihmisen elämänpolun yksilöllisyyden oivaltaminen. RS-kyselyssä on suomeksi pidempi 25-osainen versio ja lyhyt versio RS-14. Molempien reliabiliteetti ja validiteetti on Losoi (2013) tutkimuksessa todettu hyväksi ja ne soveltuvat käytettäväksi n. 13-14 ikävuodesta ylöspäin. RS-14:n on todettu korreloivan negatiivisesti masennuskyselyiden, esimerkiksi BDI:n kanssa (Callegari ym., 2016; Nishi ym., 2013; Wagnild & Young, 1993) ja ahdistuskyselyiden kanssa (Aiena ym., 2015). Lyhyesti yhteenvedona, mitä enemmän potilailla on itseraportoitua ahdistusta tai masennusta, sitä matalampi on itsearvioitu resilienssi.

HUS TYÖKYVYNARVIOINTIPOLIKLINIKAN POTILAIEN RESILIENSSI

Vertasimme Losoin (2013) aineiston terveiden suomalaisten resilienssipistemäärää psykiatristen potilaiden pistemäärään (Taulukko 2). RS-14:n keskiarvo oli terveillä suomalaisilla 76.30, joka on Wagnildin asteikon mukaan keskimääräinen resilienssi (moderate). HUS työkyvynarviointipoliklinikan psykiatristen potilaiden itsearvioitu resilienssi oli 60.11, eli erittäin merkittävästi matalampi. Kaikista matalin resilienssi oli potilailla, joilla oli mielialaoireilua tai persoonallisuushäiriö (Paulanto ym., 2019). Persoonallisuushäiriöiden yleiset piirteet kuten jäykkyys ja joustamattomuus ovat vastakkaisia resilienssille, joten siinä mielessä on ymmärrettävää, että resilienssikysely korreloi myös persoonallisuushäiriöiden kanssa. Löydös kertoo myös sen, että masennusta ei voida/pidä diagnosoida pelkästään itsearvioiden pohjalta, koska myös tutkittavat, joilla on persoonallisuushäiriö, saattavat vastata kyselyihin oletettua negatiivisemmin.

RS-14 kyselyllä saadaan käyttökelpoista tietoa siitä, mitkä ovat tutkittavan psyykkiset voimavarat ja hyötykö hän mahdollisesti (psykoterapia) kuntoutuksesta. Kyselyllä saadaan tietoa tutkittavan reagoituvuudesta, positiivisuudesta, tunteiden säätelystä ja itsesäätelystä. Kysely kannattaa täyttää haastatteleamalla, jos halutaan tietoa siitä, onko tutkittavan resilienssin vähäisyys pysyvämpi ominaisuus vai enemmän ajankohtaisesta oireilusta johtuvaa. RS-14 on helppo täyttää ja kysymykset ovat helposti ymmärrettäviä, vaikka tutkittavalla olisi kognitiivisia ongelmia. Kyselyt, kuten RS-14, ovat hyödyllinen osa neuropsykologista tutkimusta, kun tieto yhdistetään objektiiviseen tietoon, jota saadaan standardoiduista testeistä sekä anamnestisista tiedoista (koulunkäyntihistoria, koulutus, työhistoria).

YHTEENVETO

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuvien tutkittavien psyykkisessä suoriutumisessa ja heidän arvioissaan omasta toimintakyvystään on usein epäsuhtaa. Tämän vuoksi diagnosoinnissa ei voida pelkästään nojata tutkittavan oman arvion varaan, vaan tarvitaan subjektiivisen arvioinnin lisäksi myös objektiivista näyttöä tutkittavan toimintakyvystä. Moniammatillinen arviointityö on usein tarpeen psykiatrisessa työkyvynarviossa.

HUS työkyvyntutkimuspoliklinikalle lähetetään tutkimuksiin henkilöitä, joiden työkyvystä on ristiriitaista tietoa. HUS työkyvyntutkimuspoliklinikalla pyritään keräämään tietoa tutkittavan subjektiivisesta ja objektiivisesta toimintakyvystä erilaisissa tutkimustilanteissa (Taulukko 1). Psykologin/neuropsykologin tutkimus antaa objektiivista tietoa psyykkisestä toimintakyvystä sekä tietoa tutkittavan kyvystä arvioida omaa toimintaansa ja oireitaan.

Neuropsykologin rooli psykiatriassa on hieinan tavanomaista työnkuvaan joustavampi. Neuropsykologi toimii psykiatriassa kliinisen psykologin ja neuropsykologin työnkuvien välimaastossa. Neuropsykologi jäsentää epämääräistä psykiatrista diagnoosikenttää kognitiivisesti painottuneilla menetelmillä, mutta täydentää objektiivisia havaintoja kyselyillä ja haastattelulla. Objektiivisissa ja subjektiivisissa havainnoissa oleva ristiriita on usein tavallinen tutkimuslöydös. Psykiatrian potilaalla havaittava kognitiivinen suoriutumisen on usein yhteydessä psykiatrisen häiriön vaikeusasteeseen. Tavallisesti neuropsykologin tutkimuksessa havaitaan vaikeuksia keskittymisessä, työmuistissa ja muistitoiminnoissa sekä prosessoinnin nopeudessa. Neuropsykologin/ psykologin kognitiivinen tutkimus yksin ei välttämättä suoraan kerro diagnoosista, potilaiden kognitiiviset oireet

Taulukko 2. Resilienssi (RS-14) terveillä suomalaisilla ja HUS työkyvyntutkimuspoliklinikan potilailla (sivu 1)

Kysymykset	Terveet suomalaiset ^a N=243 M (SD)	Psykiatriset potilaat ^b N=150 M (SD)	t (391)
RS-14-01 I usually manage on way or another/Yleensä kyllä selviydyn tavalla tai toisella	6.22 (0.87)	5.06 (1.58)	9.38***
RS-14-02 I feel proud that I have accomplished things in my life/Olen ylpeä siitä, että olen saanut jotain aikaan elämässäni	5.84 (1.38)	4.49 (2)	7.91***
RS-14-03 I usually take things in stride/ En tavallisesti hermostu tai järkyty vastoinkäymisistä tai yllätyksistä	4.48 (1.49)	3.75 (1.95)	4.18***
RS-14-04 I am friends with myself/ Olen sinut itseni kanssa	5.38 (1.30)	4.27 (1.94)	6.79***
RS-14-05 I feel that I can handle many things at a time/ Mielestäni pystyn käsittelemään monta asiaa yhtä aikaa	5.51 (1.17)	3.33 (1.80)	14.39***
RS-14-06 I am determined/ Olen määrätietoinen	5.41 (1.20)	4.35 (1.75)	7.04***
RS-14-07 I can get through difficult times because I've experienced difficulties before/Kestän vaikeat ajat, koska olen kokenut niitä aikaisemminkin	5.26 (1.27)	4.42 (1.88)	5.23***
RS-14-08 I have self-discipline/ Minulla on itsekuria	4.97 (1.38)	4.51 (1.70)	2.91**
RS-14-09 I keep interested in things/Pidän yllä kiinnostusta asioihin	5.59 (1.11)	4.15 (1.89)	9.40***
RS-14-10 I can usually find something to laugh about/ Minun on yleensä helppo keksiä naurun aihetta	5.48 (1.31)	4.28 (1.95)	7.21***
RS-14-11 My belief in myself gets me through hard times/ Selviydyn vaikeista ajoista, koska uskon itseäni	5.53 (1.16)	3.79 (1.82)	11.45***

Taulukko 2 Resilienssi (RS-14) terveillä suomalaisilla ja HUS työkyvyntutkimuspoliklinikan potilailla (sivu 2)

RS-14-12 In an emergency, I'm someone people generally can rely on/Hätätilanteissa minä olen yleensä se, johon ihmiset voivat luottaa	5.21 (1.16)	4.72 (1.77)	3.28**
RS-14-13 My life has meaning/Elämälläni on jokin tarkoitus	5.81 (1.39)	4.35 (2.08)	8.25***
RS-14-14 When I'm in a difficult situation, I can usually find my way out of it/Jos joudun kiperään tilanteeseen, keksin kyllä jonkin ulospääsytien	5.59 (1.03)	4.64 (1.65)	6.95***
RS-14 total	76.30 (10.70)	60.11 (18.60)	10.82***

ote. ^aLosoi, H., Turunen, S., Wäljas, M., Helminen, M., Öhman, J., Julkunen, J., & Rosti-Otajärvi, E. (2013). Psychometric properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 1-10. doi:10.5964/pch.v2i1.40. ^bPaulanto, K., Rapeli, P., Lipsanen, J., Tuisku, K., & Paunio, T. (2019). Discrepancy between self-reported resilience and objective cognitive performance in assessment of work ability: An analysis of two diagnosis groups. *Psychiatria Fennica*, 50, 120-131.

ovat epäspesifejä ja samat toiminnot saattavat häiriintyä eri oirekuvissa. Neuropsykologi ottaa kantaa heikentyneiden toimintojen tasoon primaaritasoon verrattuna ja siihen, ovatko muutokset pysyviä vai palautuvia.

Psykiatria on kritisoitu siitä, että psykiatrisen arviointi on usein ongelmakeskeistä. Pelkästään ongelmiin keskittyvä arviointi saattaa johtaa siihen, että tutkittava esimerkiksi identifioituu liiaksi sairaan rooliin (Heikinheimo ym., 2018; Tuisku ym., 2015). Oirekyselyt eivät välttämättä kerro myöskään tutkittavan psyykkisistä voimavaroista, joita kuitenkin jokaisella on.

Resilienssi olisi käyttökelpoinen käsite työkyvyn arvioissa, mutta ongelmana on, että käsite on moniulotteinen, eikä ole vielä yhtä hyväksyttyä tapaa määritellä resilienssi. Yleisimmin sillä tarkoitetaan kykyä toipua vastoinkäymisistä, psyykkistä joustavuutta ja kestävyyttä, positiivista ominaisuutta,

joka helpottaa sopeutumista. Resilienssin lähellä olevia käsitteitä ovat mm. tunnesäätely, koherenssi ja pystyvyysusko.

Myöskään yhtä hyvää resilienssimittaria ei ole. Wagnildin resilienssikysely (RS-14) on suomenkielinen itsearviointimenetelmä. Wagnildin (2009) RS-kyselyssä resilienssin ulottuvuuksia ovat 1) tyyneys; tasapainoinen näkemys omasta elämästä ja kokemuksista, 2) pitkäjänteisyys/kestävyys; tahto osallistua ja jatkaa oman elämän rakentamista, 3) itsenäisyys; usko itseen ja omiin kykyihin, 4) tarkoituksellisuus; ymmärrys siitä, että elämällä on tarkoitus, 5) eksistentiaalinen "itsellisyys"; jokaisen ihmisen elämänpolun yksilöllisyyden oivaltaminen. RS-kyselyssä on suomennettu pidempi 25-osainen versio ja lyhyt versio RS-14. Molempien reliabiliteetti ja validiteetti on Losoin ym. (2013) tutkimuksessa todettu hyväksi. Kyselyt soveltuvat käytettäväksi n. 13-14 ikävuodesta ylöspäin.

Resilienssikysely reagoi herkästi mieliala-oireiluun, mutta myös persoonallisuushäiriöihin. HUS työkyvynarviointipoliklinikan psykiatristen potilaiden itsearvioitu resilienssi oli erittäin merkitsevästi matalampi kuin terveiden suomalaisten resilienssi (Taulukko 2.). Matalin resilienssi oli potilailla, joilla oli mielialaoireilua tai persoonallisuushäiriö (Paulanto ym., 2019).

Psykologin/neuropsykologin tutkimus luo ymmärrystä yksilölliseen oireiluun ja antaa työkaluja myös interventoiden pohjaksi. Kuntoutussuositusten kannalta on esimerkiksi tärkeää tietää, ovatko tutkittavan puutteet kognitiivisessa toiminnassa ja/tai psyykkisissä voimavaroissa. Arvioinnissa tärkeää on myös kartoittaa tutkittavan itsehavainnoinnin tasoa ja voimavaroja. Moniammatillinen arviointi on usein tarpeen psykiatrisessa tutkimisessa. Tässä työssä tarkoituksena oli kuvata moniammatillista toimintatapaa vaativissa psykiatrisissa työkyvynarvioissa. Laajat arviot ovat usein tarpeen, jos eri tahojen välillä on erilainen näkemys tutkittavan työkyvystä. Usein työkyvyn liittyvät kysymykset ovat kuitenkin selkeämpiä, eikä laajaa tutkimuspatteristoa tarvita.

[Kaisu Paulanto](#)

HUS, Psykiatria, Akuutti- ja konsultaatio-psykiatrian linja, Keskitetyt poliklinikat

LÄHTEET

Aiena, B. J., Baczwaski, B. J., Schulenberg, S. E., & Buchanan, E. M. (2015). Measuring resilience with the RS-14: a tale of two samples. *J Pers Assess*, 97(3), 291-300.

Beck, Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

Beck, Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.

Beck, Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 53-63.

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & Macdonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil*, 18(1), 27-34.

Braun, U. (2018). A Network Perspective on the Search for Common Transdiagnostic Brain Mechanisms. *Biol Psychiatry*, 84(6), e47-e48.

Cal, S., Ribeiro de Sa, L., Glustak, M. E., Santiago, M. B., & Walla, P. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1), 1024928.

Callegari, C., Bertu, L., Lucano, M., Ielmini, M., Braggio, E., & Vender, S. (2016). Reliability and validity of the Italian version of the 14-item Resilience Scale. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 277-284. doi:10.2147/PRBM.S115657

Cornelius, L. R., van der Klink, J. J., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*, 21(2), 259-274.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2008). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorder*. In. Washington DC: American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder*. In. Washington DC: American Psychiatric Press.

Halligan, P. W., Kischka, U., & Marshall, J. C. (2003). *Handbook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press.

- Heikinheimo, S., Tuisku, K., Luukkonen, R., & Lagerveld, S. E. (2018). Return to work and functional capacity of psychiatric patients -clinical assessment tools as predictors of returning to work. *Psychiatria Fennica*(49), 22-33.
- Johnson, J., Panagioti, M., Bass, J., Ramsey, L., & Harrison, R. (2017). Resilience to emotional distress in response to failure, error or mistakes: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 52, 19-42.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Losoi, H., Turunen, S., Wäljas, M., Helminen, M., Öhman, J., Julkunen, J., & Rosti-Otajärvi, E. (2013). Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 1-10.
- Martin, A. S., Harmell, A. L., & Mausbach, B. T. (2015). Positive psychological traits. In *Positive psychiatry: A clinical handbook* (pp. 19-43). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Mondloch, M. V., Cole, D. C., & Frank, J. W. (2001). Does how you depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ*, 84(2), 174-179.
- Muschalla, B. (2018). Assessing psychological work demands with an ICF-oriented concept of psychological capacities. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 49(1), 81-92.
- Nishi, D., Uehara, R., Yoshikawa, E., Sato, G., Ito, M., & Matsuoka, Y. (2013). Culturally sensitive and universal measure of resilience for Japanese populations: Tachikawa Resilience Scale in comparison with Resilience Scale 14-item version. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67(3), 174-181.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety*, 23(4), 245-249.
- Ntountoulaki, E., Paika, V., Kotsis, K., Papaioannou, D., & Andreoulakis, E. (2017). The Greek Version of the Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties in three Samples and Associations with Mental Illness, Suicidality, and Quality of Life. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 7(5), 00450.
- Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2009). Person Perception and Personality Pathology. *Curr Dir Psychol Sci*, 18(1), 32-36.
- Paulanto, K., Rapeli, P., Lipsanen, J., Tuisku, K., & Paunio, T. (2019). Discrepancy between self-reported resilience and objective cognitive performance in assessment of work ability: An analysis of two diagnosis groups. *Psychiatria Fennica*, 50, 120-131.
- Pulkkinen, L., & Kokko, K. (2017). Human development from middle childhood to middle adulthood. *Growing up to be Middle-Aged*. Padstow Cornwall: Routledge.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT):WHO collaborative project on early detection of person with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88(6), 791-798.
- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(3), 89-95.
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y., & Wang, L. (2016). Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psy-

chological variables among Chinese medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 16, 3.

Southwick, S. E., & Charney, D. S. (2012). The Science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338, 79-82.

Tuisku, K., Joutsenniemi, K., Rentto, T., & Heikinheimo, S. (2015). Resource-oriented assessment of work ability in psychiatry. *Psychiatria Fennica*, 46, 125-145.

Wagnild, G. M. (2009). The Resilience Scale User's Guide for the US English version of The Resilience Scale and The 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: The Resilience Center.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Vaillant, G. E. (2015). Resilience and Post-traumatic Growth. In *Positive psychiatry: A clinical handbook*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Windle, G., Bennet, K. B., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8).