

EKSTREEMOLUKORDADE PSÜHHOLOOGIA

Teine trükk

TIIU MERES

Õppevahendit kasutatakse ekstreemolukordade psühholoogia õpetamisel akadeemia politsei, pääste ja korrektsiooni erialade üliõpilastele. Sobib kasutamiseks abimaterjalina ka täiendkoolituse raames läbiviidavatel kriisireguleerimise õppustel, katastroofides osalejate reaktsioone ning ohvritega suhtlemise probleeme käsitlevas osas..

SISUKORD

SISSEJUHATUS	3
1. EKSTREEMOLUKORRAD: ÕNNETUSED, KATASTROOFID, KURITEOD	4
2. KES ON OHVER?.....	4
3. MIS AVALDAB ÕNNETUSJUHTUMI PUHUL MÕJU.....	5
3.1. Ohusituatsiooni enda omadused ja eripärad.....	5
3.2. Üksikisiku reaktsioonidele mõju avaldavad tegurid.....	6
4. EKSTREEMOLUKORRAST TULENEV STRESS.....	6
4.1. Šokifaas.....	6
4.2. Reaktsioonifaas ehk läbitöötamisperiood.....	7
4.3. Post-traumaatiline stressihäire ehk PTSD.....	8
5. SURMAHIRM KUI MITMEDIMENSIONILINE MÕISTE.....	9
5.1. Surmahirmuga toimetuleku teooria.....	10
6. LEIN JA LEINAPROTSESS.....	11
6.1. Leinamise funktsioonid.....	11
6.2. Komplitseeritud leinaprotsess.....	11
6.3. Pereliikmed säilitavad suhte surnud isikuga.....	11
6.4. Leinaja eneseabi strateegiad.....	12
6.5. Leina- ja matuserituaalid tänapäeva Eestis.....	12
7. PSÜHHOSOTSIAALNE REHABILITATSIOON KATASTROOFIDE JA SUURÕNNETUSTE JÄREL.....	13
7.1. Kriisimeeskonna koosseis.....	13
7.2. Kriisikeskus katastroofi/suurõnnetuse järel.....	16
8. PSÜHHOOGILINE ABI EKSTREEMOLUKORDADES.....	19
8.1. Väljaelamisvestlus (<i>defusing</i>).....	20
8.2. Järeltöötlus (<i>debriefing</i>).....	20
8.3. Minimaratonrühmad.....	21
8.4. Esmane individuaalne interventsioon.....	21
8.5. Juhised individuaalse esmaabi andjale.....	22
8.6. Tähtsad teemad lähedase surma järel.....	22
SOOVITATAV KIRJANDUS.....	23

SISSEJUHATUS

Ekstreemsed olukorrad muudavad meie maailmapilti ja vähendavad turvatunnet. Kuna nad on nii äärmuslikult erinevad nendest olukordadest, mida me oskame oodata, siis tekitavad nad osalistes kummalisi reaktsioone. Mõnikord arvavad inimesed, et nad on hulluks läinud. Asjaosaliste informeerimine nendest ebatavalistest ja häirivatest reaktsioonidest, mis on ebanormaalses olukorras normaalsed ja tavalised, on tihti parim viis ebameeldivatest traumaatilistest sümptomitest vabanemiseks.

Käesolev õppematerjal on mõeldud professionaalidele, kel omad töökogemused ekstreemsetest olukordadest praktika käigus juba olemas ning kelle elukutse nõuab pidevat traumaatilist stressi tekitavateks olukordadeks valmisolekut. Lugeja peaks saama materjali inimeste tüüpilistest psühholoogilistest reaktsioonidest ning käitumisviisidest kriisi- ja katastroofiolukorras. Samas ei piisa käesoleva õppevahendi iseseisvast läbitöötamisest praktiliseks tööks ekstreemolukordades – materjal on mõeldud toetama ekstreemolukordade psühholoogia kursust ja omaenda praktilist töökogemust.

Psühholoogiline trauma on jõuetuse kogemise tulemus. Ekstreemolukorras muudab mingi ülekaalukas jõud ohvri abituks. Tavaolukorras on meil tunne, et kontrollime oma käekäiku, oma suhteid teistega, et meie elul on tähendus. Ekstreemolukordades toimivad võimsad jõud võivad meilt selle tunde võtta.

Veel paarkümmend aastat tagasi arvati, et niisugused juhtumid on ebaharilikud. 1980. aastal, kui post-traumaatiline stressihäire lülitati psühhiaatriliste haiguste klassifikatsiooni DSM III, defineeriti traumaatiline kogemust kui tavapärasest inimkogemusest väljaspool olevat. Kahjuks on see definitsioon osutunud valeks. Peksmine, vägistamine ja teised koduvägivalla liigid on väga paljude inimeste eluloo osad. Sõjad, kuriteod, liiklusõnnetused on sündmused, mis ainult vähestele õnnelikele isiklikult tundmata.

Traumaatilised sündmused on erilised mitte sellepärast, et neid esineb harva vaid sellepärast, et inimese tavapärasest adaptatsioonimehhanismist ei piisa nende sündmustega toimetulekuks. Erinevalt igapäevasest ebaõnnest on ekstreemolukorrad ohtlikud inimese elule või füüsilisele heaolule, toovad kaasa intensiivse hirmu, abituse ja kontrolli kaotuse tunde (Herman, 1997).

Uuringud on näidanud, et sündmuse ekstreemsuse määr ei mõjuta iga konkreetse osalise reaktsioone lineaarselt. Traumaatilise reaktsiooni tugevust määravad inimese enda isiksuse eripärad ühelt poolt ja ekstreemolukorra eripärad teiselt poolt. Seega on iga inimese jaoks ekstreemolukorrad erinevad: mis ühele tavaolukord, see võib teise jaoks traumaatiliselt mõjuda. (Bowman, 1997)

Käesoleva õppevahendi ulatuses on ekstreemolukordadena käsitletud loodusõnnetusi nagu üleujutused, metstulekahjud, maavärinad, orkaanid jms ning inimtegevusest lähtunud õnnetusi nagu liiklusõnnetused, tööstuskatastroofid, isikuvastased kuriteod jne.

Terminitest

Ekstreemolukordade psühholoogiat ajalugu on lühike ja seetõttu on erinevates allikates kasutatud samade asjade tähistamiseks väga erinevaid termineid, vahel aga üht ja sama asja isesuguste sõnadega seletatud. Et segadust pisutki klaarida, toon siinkohal ära mõningad sagedamini esinevad terminid. Antud on ka inglisekeelne vaste, kuna enamik ekstreemolukordi käsitlevat materjali maailmas on inglisekeelne.

Ekstreemolukord (*extreme situation*) = **kriitiline intsident** (*critical incident*) = **traumaatiline sündmus** (*traumatic event*).

Kõik nimetatud terminid viitavad olukorrale, millega toimetulekuks ei piisa tavaliselt inimese igapäevastest kohanemismehhanismidest.

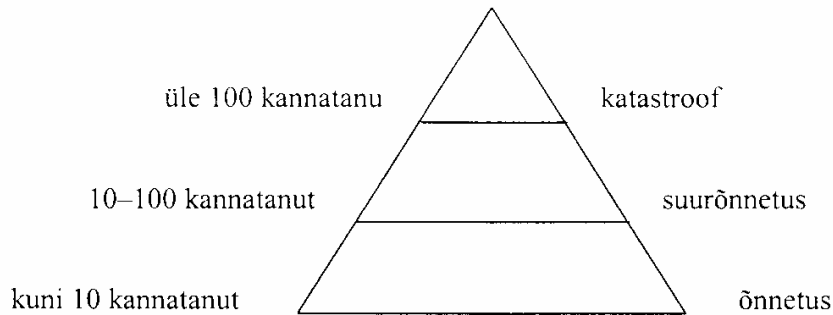
Stress (*stress*) - niisuguste sündmuste kogemine, mida tajutakse iseenda füüsilist või psüühilist heaolu kahjustavatena.

Traumaatiline stress (*traumatic stress*) – niisugune stress, mille tekitajaks on otsene või kaudne kokkupuutumine ekstreemolukorraga.

Vastupidavus (*hardiness*) – isiksuse omadus, mis võimaldab emotsionaalselt ja füüsiliselt kahjustumata taluda ka eriti ekstreemseid olukordi.

Toimetulek (*coping*) – protsess, mille käigus inimene üritab stressi tekitavate ülesannetega toime tulla.

1. EKSTREEMOLUKORRAD: ÕNNETUSED, KATASTROOFID, KURITEOD ...



KATASTROOF:

- puudutab ühiskonda tervikuna;
- õnnetuseosaliste suhteline hulk (võrreldes elanikkonna koguarvuga) on suur;
- ühiskonna toimimine on häiritud.

ÕNNETUS:

- puudutab üht piiratud paikkonda;
- osaliste suhtarv võrreldes elanikkonna koguarvuga väike;
- abi andmiseks piisab päästeameti, meditsiinisüsteemi, politsei ja/või omavalitsuse tavapärasest töömudelist.

ÕNNETUSTE JA KATASTROOFIDE TUNNUSED:

- ootamatu ja uus ;
- äkiline (järsk);
- ohustab inimesi;
- ohustab materiaalseid väärtusi;
- tavapärastest käitumisviisidest ei piisa;
- pole ohjatatav, kontrolli alt väljas.

2. KES ON OHVER?

Ohvri määratlus on avar. Mõjutusi kogevad paljud inimeste rühmad.

OTSESELT KAHJUSTATUD:

- Hukkunud ja nende lähedased.
- Ellujäänud:
 - vigastatud;
 - vigastusteta pääsenud.
- Ellujäänute omaksed:
 - abikaasa;
 - lapsed;
 - vanemad;
 - teised lähedased.
- Katastroofipiirkonnas töötanud päästjad.
- Pealtnägijad, kes tunnevad end õnnetuse osalisena.

KAUDSELT KAHJUSTATUD:

- Tuletõrjujad, politseinikud
- Meditsiinipersonal
- Muud päästjad
- Hilisemad abistajad: psühholoogid, sotsiaalabi, kirikutegelased
- Töökaaslased
- Koolikaaslased, õpetajad
- Juhtkond, otsustajad
- Ajakirjanikud
- Rahvas, üldsus
- Teised?

Swedish National Board of Health and Welfare, 1991

Kaudselt kahjustatute hulgas on osal kontingendist ekstreemolukorra tagajärjel märkimisväärselt tugevaid stressireaktsioone, samas on paljud tuntavate reaktsioonideta.

3. MIS AVALDAB ÕNNETUSJUHTUMI PUHUL MÕJU

3.1. Ohusituatsiooni enda omadused ja eripärad

Kehaline vigastus:

- kestvad vigastused (haavad). Raske on aktsepteerida rasket eluaegset puuet nagu nägemise kaotus, mõne jäseme kaotus, seksuaalfunktsiooni kaotus);
- vigastuste paranemine.

Muutused psüühikas:

- kaob usk enda haavamatusse;
- kindlusetus ;
- kohtumine surmaga;
- kognitiivne kaart ei toimi enam (maailmapilt on purunenud);
- kaotused (lähedaste surm, vigastused, kodu hävimine, vara kahjustused);
- (tingitud) hirmureaktsioonid.

Mõju psüühikale lisavad teatud tingimused, mis muudavad õnnetuse/katastroofi mõju tugevamaks:

- ettehoiatamatus ehk väga ootamatu õnnetus (välgulööök);
- keskkond muutub hetkega vastupidiseks (kogu ümbruskond on muutunud: maalihe);
- tagajärgedest ei ole teavet või ei ole toime inimese meeltega aistitav (radioaktiivne saaste);
- ebakindlus õnnetuse kordumisvõimaluste suhtes;
- öösel, pimedas toimunud katastroofid;
- surnute, vigastatute, kodutute suur hulk;
- päästetööde ebaõnnestumine;
- ebameeldivad vaatepildid, helid, lõhnad;
- inimlikud eksimused;
- omaksed, sõbrad ohvritena või lapsed ohvritena;
- ebatavaline katastroof;
- kauakestev ebaselgus pääsemisvõimalustes.

3.2. Üksikisiku reaktsioonidele mõju avaldavad tegurid

Enne sündmust:

- ettevalmistatus, treenitus;
- elukogemus (kasuks tuleb enese jaoks positiivselt lahendatud ekstreemolukorra varasem kogemine);
- hetke psühhosotsiaalne pinge (väsimus);
- hingelised ja kehalised ressursid.

Üksikisiku suhe juhtunusse:

- aistingute intensiivsus (mida rohkem meeli hõivatud, seda tugevam mõju);
- juhtunu lähedus;
- kontrolli tunne;
- oma osa päästetöödes;
- ohtlikkuse määr.

Tagantjärele:

- ametiisikute käitumine (kas päästjate-meedikute käitumine oli asjakohane, kuidas on korraldatud õnnetusejärgne abi, mil viisil viiakse läbi uurimistoiminguid jms.);
- sotsiaalne võrgustik (need, kes inimest toetavad: pereliikmed, naabrid, kolleegid, sõbrad, sugulased, klubikaaslased);
- ühiskonna suhtumine (mõningatel juhtudel ei tunta ohvrile kaasa vaid parastatakse);
- õiguslikud ja kindlustuse küsimused;
- isiku toimetuleku võime.

4. EKSTREEMOLUKORRAST TULENEV STRESS

Ekstreemolukorras inimeses toimub rida muutusi, mille käigus inimene üritab kohaneda tekkinud olukorraga. Esimene reageering on tavaliselt šokk, mille eesmärk on pehmeneda juhtunu jõudmist teadvusesse. Šokk kestab mõnest sekundist mõne päevani.

Kui šokk möödub, algab läbitöötamisperiood, mida nimetatakse ka reaktsiooniperioodiks. See võib kesta nädalaid ja kuid. Selle aja jooksul muutub inimese enesetunne ja suhtumine juhtunusse korduvalt ja kiiresti, inimene püüab juhtunut mõista ja õppida muutunud olukorras elama.

4.1. Šokifaas

Šokireaktsiooni ülesandeks on ekstreemses olukorras ellujäämise võimalusi maksimeerida. Psüühiline šokk võib kesta, sõltuvalt õnnetusest, mõnest minutist paari päeva, harvem ka nädalani. Umbes 20%-l inimestest, kes on kogenud õnnetust, väljendub nii tugev šokireaktsioon, et see on kõigile nähtav. Umbes 60%-l inimestel väljenduvad märgid, mida märkab üksnes kogenud silm. Viimased 20% inimestest ei ole juhtunust olulisel määral puudutatud või kogevad kergekujulist stressireaktsiooni (Taruste, 2001).

Erinevastes olukordades ja erinevatel inimestel võib šokk väga erinevalt väljenduda. Toon siinkohal ära loetelu sagedamini ette tulevatest šokireaktsioonidest.

➤ Muutunud teadvuses seisund

Esimeseks reaktsiooniks ekstreemolukorrale on sageli tunne, et “see ei saa olla tõsi” (**ebatõelisuse tunne**), et nähakse und ja ärgates on kõik jälle endine, et nii ei saa ju minuga juhtuda.

Kui vastuolu selle vahel, mida inimene ootab ja selle vahel, mis tegelikkuses juhtub, on väga suur, siis tekib omapärane pidurdusprotsess (**kangestumine**), mille väliseks ilminguks on inimese apaatne passiivne olek, antud olukorrale ebakohane liigutuste ja mõtlemise aeglus.

Kõik inimese meeled teravnevad, tähelepanu keskendub ellujäämiseks olulisele. Hiljem on šokiseisundis meeltega talletatu mälus sageli nii detailselt ja eredalt, et segab igapäevaelu.

Et ekstreemolukorras juhtub vähese aja jooksul väga palju ning meie närvisüsteem teeb kohanemiseks ülisuuri pingutusi, siis tundub aeg “väga pikk” olevat (**muutunud ajataju**). Tihti hinnatakse subjektiivselt ajavahemikku 3–5, vahel ka rohkem kordi, pikemaks kui tegelikkuses oli. Ühe minuti jooksul toimunu võib tunduda viie minuti pikkuse tegevusena.

➤ **Ei koge tundeid**

Šokis inimene ei tunne reeglina tugevaid tundeid. Organism on mobiliseerunud ellujäämiseks. Tunded segaksid kiiret tulemuslikku toimimist (seaksid ohtu olukorrast pääsemise) ja seetõttu surutakse mõneks ajaks alla.

➤ **Füsioloogilised (kehalised) reaktsioonid**

Põgene või võitle (*fight or flight*) reaktsioon: keha mobiliseerimine võitluseks või põgenemiseks ähvardavas olukorras.

- maksast eraldub suhkur (glükoos), et varustada lihaseid vajaliku kütusega;
- vabanevad hormoonid, mis stimuleerivad rasva ja valkude muundumist suhkruks.;
- ainevahetus kiireneb;
- süda lööb kiiremini;
- vererõhk tõuseb;
- hingamine kiireneb;
- seedesüsteem aeglustab tegevust: suu kuivab;
- verre eralduvad endorfiinid: kehaomased valuvaigistid;
- veresooned tõmbuvad kokku (võimaliku haavataasaamise puhul on verejooks väiksem);
- punaste ja valgete vereliblede arv veres tõuseb;
- osalevad hormoonid: epinefriin, norepinefriin, adrenokortikotroopne hormoon (ACTH), vere koostist reguleeriv hormoonide grupp (kortisool jt.). ACTH vallandab omakorda ca 30 hormooni, mis kohandavad keha ekstreemolukorraga.

➤ **Otsustusvõime langus**

Šokis inimesel paisatakse võimalikult palju verd lihastesse, suuraju koor saab aga tavaolukorrast tunduvalt vähem verd (seega väheneb aju hapniku ja toitainetega varustatus). Alaneb otsustusvõime ja tihti ka keerulist mõtlemisprotsessi nõudvate otsuste kvaliteet. Seetõttu püütakse ekstreemolukordades tööd tegevaid professionaale koolitada nii, et võimalikult palju nende professionaalsetest oskustest oleksid omandatud automatiseerunutena.

➤ **Üle- või alareageerimine**

4. 2. Reaktsioonifaas ehk läbitöötamisperiod

Šokifaasi järel hakkavad tavapärased reageerimise viisid taastuma. Toimub järkjärguline tagasipöördumine oma harilikku olekusse. Jällegi mõjutavad seda protsessi inimese individuaalsed eripärad ja juhtunu eripärad, iga inimene ja iga juhtum on isesugused. Siinkohal toon ära rea väga sageli esinevaid läbitöötamisperiodi reaktsioone.

➤ **Vastust nõudvad küsimused.**

- mis juhtus?
- see ei võinud juhtuda!
- kuidas selline asi võib juhtuda?
- miks just mina?
- miks ma pääsesin?
- miks ma viga sain?
- miks X surma sai?

➤ Mälupildid vallutavad psüühika, taastuvad pealetükkivalt.

- Tugevad tunded
 - Viha. Ärrituslävi on alanenud, pisiasjad käivad närvidele, tavaline on rahulolematuse kõige ja kõigiga. Põhjendamatu viha on raske taluda, seega on õnnetuseosalistega suheldes suur konfliktioht: inimesed otsivad oma vihale mõistusele vastuvõetavat põhjendust ja välja valamise võimalust.
 - Kurbus ja igatsus.
 - Hirm. Kardetakse väga erinevaid asju: juhtunu kordumist (näiteks võib liiklusõnnetuse tagajärjel lapse kaotanud vanem paaniliselt karta ka teise lapse auto alla jäämist), võidakse karta pimedust, eluga mitte hakkama saamist, üksijäämist, teiste jaoks abitu/saamatu näimist jne.
 - Häbi. (vt. allpool alapunkti *süütunne*)

➤ **Väsimus.** Nii vaimne kui füüsiline.

➤ **Unehäired.**

➤ **Tugev vajadus seltsi järele,** tahtmatuse üksi olla koos tigiduse, pahuruse ja rahulolematusega. Sagedased on konfliktid ja solvumine.

➤ **Süütunne** on tihti sõltumatu tegelikust süüdiolokust. Sageli tuntakse end süüdi nende kaaslaste ees, kellel läks ühiselt läbielatus halvemini (kes hukkusid või said tõsisemaid kahjustusi), ehkki süütunde tundjal ei olnud õnnetuse käigus vähimatki võimalust selle kulgu või tagajärgedesse sekkuda.

➤ **Keskendumisraskused.**

➤ **Söömishäired.** Isutus või ülemäärane söögiisu.

➤ **Somaatilised häired.** Külmetushaigused, südame – ja veresoonehaigused, nahalööbed, mao ja soolestiku talitluse häired.

➤ **Ravimite ja/või alkoholi ülemäärane tarbimine.**

➤ **Seksuaalfunktsiooni häired.**

Reaktsioonifaasile ehk läbitöötamisperioodile järgneb toibumine ja ümberorienteerumine. Seegi faas võib nõuda palju aega, ent tasapisi hakkab inimese pilk juhtunult pöörduma tänasesse päeva ja tulevikku. Toibumine võib olla osaline või täielik. Sageli juhtub, et ekstreemolukorda kogenud inimene on targem ja tugevam kui enne. Toimetulek on olnud edukas, kui juhtunule suudetakse mõelda ja sellest rääkida rahulikult, ilma häirivalt tugevate tunneteta.

4.3. Post-traumaatiline stressihäire ehk PTSD

PTSD (*post-traumatic stress disorder*) on psühholoogiline seisund, mis peegeldab suure tugevusega stressorite esinemisele järgnevate iseloomulike sümptomite arengut. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Nimetatud häire ei ole omane kõigile ekstreemolukorda kogenutele vaid ainult osale neist. Näiteks on kogu Austraalia elanikkonda modelleeriva uurimuse tulemusel kohaselt 60% mehi ja 50% naisi oma elu jooksul mõnd traumaatilist sündmust kogenud. Ometi kannatab PTSD sümptomite all kõigest 5% mehi ja 10% naisi (Kessler jt., 1995). Samasugused on USA Rahvusliku PTSD keskuse (National Centre for PTSD, 2003) andmed USA elanikkonna kohta.

On võimalik, et inimesed erinevad hälbe poolest, mida põhjustab stress nende neurobioloogilises reageerimissüsteemis ja see erinevus põhjustab ka ühtede parema ja teiste kehva toimetuleku (Morgan jt. 2001). Tänapäevaks ei ole kahjuks veel olemas mõõtmisvahendit, mille abiga oleks vahetult pärast traumaatilist sündmust võimalik hilisemat PTSD-sse haigestumist ennustada. Omaenda (või teise inimese) seisundi üle tuleks spetsialistiga konsulteerida juhul, kui reaktsioonifaasile (läbitöötamisperioodile) iseloomulikud sümptomid mitte ei kahane vaid 3 kuu või rohkema möödumisel juhtunust ei muutu või tugevnevad (Lönngqvist, J. jt., 2000).

Järgnevalt on toodud PTSD diagnostilised kriteeriumid DSM-IV järgi. Juba väljakujunenud haigust on keeruline ravida ning ravi on sageli pikaajaline.

1. Isik on sattunud traumaatilisse situatsiooni, mille puhul esinesid mõlemad järgmised asjaolud:
 - isik koges või nägi selliseid sündmusi või sattus sellisesse sündmusse või sellistesse sündmustesse, millega seostus surm või tõsine vigastus või nende isik koges või nägi selliseid sündmusi või sattus sellisesse oht või enda või teiste füüsilise puutumatus ohtusattumine;
 - isiku reaktsiooniks on tugev hirm, abitus või õudus (lastel võib avalduda vaid hajevil käitumise või rahutusena).
2. Traumaatilist sündmust kogetakse üha uuesti ühel või mitmel järgmisel viisil:
 - korduvad, teadvusse tungivad ja ängistavad meenutused toimunust, nt kujutlused, mõtted või aistingud (lastel võib esineda korduvaid mänge traumaga seonduval teemal);
 - korduvad ja ängistavad unenäod juhtunust (lastel võib esineda hirmuunenägusid, mille sisu pole identifitseeritav);
 - käitumine nii, nagu antud sündmus võiks uuesti korduda, kogemuse uuesti läbielamine, illusioonid, hallutsinatsioonid, dissotsiatiivsed taaskogemised (flashback), kaasa arvatud ärkamisel või joobeseisundis (väikestel lastel võib esineda tegevust, mis jäljendab tegutsemist traumaatilise sündmuse ajal);
 - tugev ängistus, kui tuleb tegemist traumaatilist sündmust meenutavate või sümboliseerivate välimiste või sisemiste asjadega;
 - füsioloogilised reaktsioonid seoses traumaatilist olukorda meenutavate või sümboliseerivate sisemiste või väliste asjadega.
3. Traumaga seotud sümbolite pidev vältimine ja tavalise reageerimistundlikkuse tuimenemine (ei esinenud enne traumat), mis väljenduvad vähemalt kolmel viisil loetletuist:
 - püüid vältida traumat puudutavaid mõtteid, tundeid või kõnelusi;
 - püüid vältida traumat puudutavaid tegevusi, kohti või inimesi;
 - võimetus meenutada trauma keskseid seiku;
 - eluhuvi või osalemine tähtsates tegevustes on märgatavalt vähenenud;
 - teistest eemaldumise või võõrandumise tunne;
 - afektide nõrgenemine (nt soojemate tunnete puudumine);
 - tuleviku väljavaadete ahenemine (inimene ei looda teha karjääri, sõlmida abielu, saada lapsi või elada kaua).
4. Pidevad kõrgeenenud erutusseisundi sümptomid (ei esinenud enne traumat), mis väljenduvad vähemasti kahel viisil loetletuist:
 - uinumise- ja magamisraskused;
 - ärritus ja vihapursked;
 - keskendumisraskused;
 - kõrgeenenud;
 - ehmub kergesti.
5. Häire (kriteeriumide 2, 3 ja 4) sümptomid on kestnud üle kuu aja.
6. Häire põhjustab kliiniliselt olulist kannatust või raskusi sotsiaalses, tööalases või muus tähtsas tegevusvaldkonnas.

5. SURMAHIRM KUI MITMEDIMENSIONILINE MÕISTE

Surmahirmu nime all tuntakse tervet rida erinevaid kartusi. Pidev kokkupuutumine surmaga ametikohustuste täitmisel toob surma ja surmahirmu mõtteaineks sagedamini kui on tavaks neil inimestel, kel ametikohustused surmaga kokkupuuteid ei eelda.

1. Intrapersonaalne ehk isikulisene aspekt:
 - surma mõju oma hingele ja kehale;

- sotsiaalse identiteedi kadumine;
- teadmatus, abitus, piin.

Kardetakse mõelda omaenda lagunemisele ja kadumisele, kardetakse olukorda, kus pole enam kontrolli ei oma keha ega vaimse ja füüsilise pärandi üle – sõltuvus teistest on absoluutne. Kardetakse ka surmaeelset olukorda, võimalikku abitust, alandust, sõltuvust, valu ja piina

2. Interpersonaalne ehk isikutevaheline aspekt:

- võimetus abistada;
- sotsiaalsed muutused, üksindus jms.:
- emotsioonid.

Kardetakse oma lähedast (pereliikmete, sõprade) surmaga seoses tekkivaid võimalikke üleelamisi, abitusetunnet, mis kaasneb surija põetamisega, harjumuspärase elu muutumist (kui abikaasad on kõikjal koos käinud ja oma elu tihedas harmoonilises koostöös korraldanud, siis perspektiiv jääda kõigi kohustustega üksi ning iseseisvalt toime tulla võib olla väga hirmutav).

3. Transsedentaalne aspekt:

- maailmavaade;
- elu mõtestamine.

Juhul, kui maailmavaade sisaldab uskumist elus tehtu surmajärgsesse hindamisse ja sellest sõltuvasse hauatagusesse ellu, võib elu jooksul korda saadetu põhjustada märkimisväärset surmahirmu. Samas võib parimas usus elatud elu olla hea tuleviku tagatis ja seega surmahirmu täielikult neutraliseerida. Eakamad inimesed kardavad ka, et olles surmas peavad oma elule tagasi vaadates sellele negatiivse hinnangu andma, parandada ei saa aga enam midagi.

(Florian & Mikulincer, 1997)

5.1. Surmahirmuga toimetuleku teooria

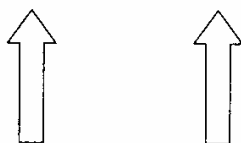
Analüüsi- ja põhjuslike seoste loomise oskus



Oma surelikkuse teadvustamine



HIRM, ÄNGISTUS



KULTUUR KUI PEHMENDAJA

maailmavaade

mõtestamine, tähendused

standardid, mis kaitsevad ka pärast surma

(Solomon, Greenberg & Puszczynski, 1986)

Teadlikkus surmast võib olla põhimõtteline ehk latentne või siis aktualiseeritud. Latentse surmateadlikkuse puhul küll teatakse, et kõik inimesed surevad, kuid puudub otsene teadlikkus iseenda surelikkusest. Latentse teadlikkuse juurde kuulub enamasti ka väga harv mõtlemine surmast üldse ja sellise mõtlemise kasutuks või isegi kahjulikuks pidamine. Üldiselt nõustutakse surma ja surelikkuse faktidega, kuid neid fakte aktualiseerivaid sündmusi püütakse mitte märgata või kui see pole võimalik, siis unustada.

Surmateadlikkuse aktualiseerumine on enamasti seotud konkreetsete situatsioonide või protsessidega. Olenevalt keskkonnast, maailmavaatest ja isiksuseomadustest võib inimene surmateadvuse aktualisatsiooni tajuda väga laialt skaalal: alates suhteliselt harmoonilisest loomulikust sündmusest kuni raske traumeeriva sündmuseni (Moor, 2003).

6. LEIN JA LEINAPROTSESS

6.1. Leinamise funktsioonid

Leinamise funktsioonideks on:

1. aktsepteerida kaotuse reaalsust;
2. kogeda (läbi elada) kaotusvalu;
3. kohaneda keskkonnaga, kust surnud isik puudub;
4. panustada uutesse suhetesse.

(Worden, 1984)

Vaatamata inimeste omavahelistele erinevustele ja kultuuride omavahelisele erinevusele on leinaprotsess olemas kõigis seni kirjeldatud kultuurides ja ka selle kulg suhteliselt sarnane. Ehkki rituaalid (see, mida leinajad konkreetselt tegema peavad) on erinevad, tundub vajadus omaenda mõtted ja teod surnu omadest lahti harutada ja ilma temata edasi elada universaalne olevat.

6.2. Komplitseeritud leinaprotsess

VORMID:

- leinareaktsiooni puudumine (reaktsiooni puudumine üksi ei pruugi tähendada komplitseeritud leinaprotsessi, võib esineda ka normaalse kohanemise puhul);
- pikenenud (krooniline) reaktsioon, mis kestab aastaid ja takistab leinaja toimetulekut;
- lein muutub tugevaks depressiooniks. Mõnikord on depressioon arenenud juba varem. Kaotus on "viimane piisk karikasse";
- lein muutub somaatiliseks või psühhosomaatiliseks haiguseks.

KOMPLITSEERITUD LEINAPROTSESSI TEKKIMISE TÕENÄOSUST SUURENDAVAD TEGURID:

- ootamatu surm,
- varane surm,
- ebatavaline (kole) surm,
- leinaja oli surnud isikust tugevasti sõltuv,
- leinajal ning surnud isikul olid ambivalentseid suhted.

(Worden, 1984)

6.3. Pereliikmed säilitavad suhte surnud isikuga

- külastades paiku ja sündmusi, mis on surnud inimesega seotud;
- vaadates pilte ja videosid surnu eluajast;
- nuusutades surnud inimese riideid, tema toas viibides;
- tundes tugevasti kadunu lähedalolekut:
 - nähakse surnut;
 - kuuldakse tema häält või samme;
 - tuntakse lähedalolekut.

- nähes surnud inimest unes või kujutlustes;
- surnu isiklike esemete abil;
- surnud inimesega mõttes rääkides.

(Dyregrov, 1994)

Surnud inimene on tihti oluline oma lähedaste suhetevõrgustiku osa. Kui leinaprotsess ei ole veel lõppenud, siis on lähedaste jaoks oluline tunda oma seotust surnud isikuga. Selles vajaduses sisaldub ka soov kõik surmaga seotud asjaolud loogiliselt ühendada (et oleks selge, miks, millal ja kuidas kõik oli). Professionaalide jaoks tundub tihti tülikas hukkunute lähedaste soov surmapaika külastada (väga sage eriti siis, kui tegemist on õnnetuse või enesetapuga), samas on see lähedaste endi jaoks rahustava ja raviva toimega tegevus.

6.4. Leinaja eneseabi strateegiad

Leinaja eneseabi strateegiad võib jaotada:

- panna juhtunu sõnadesse:
 - päevik, kiri;
 - helisalvestis;
 - külastada sõpru, et rääkida.
- luua leina toetavaid rituaale;
- ühineda leinarühmaga;
- lugeda kohast kirjandust;
- hoolitseda enda eest:
 - vähendada nõudlikkust tööl (kodus);
 - kindlustada puhkuse perioodid;
 - osaleda heaolu tõstvaid tegevustes (sport, muusika, muu).
- taastada igapäevane elurütm (päevarutiin) nii ruttu kui võimalik:
 - töö;
 - vaba aja tegevused, sotsiaalne aktiivsus;
 - kodurutiin.
- kehaline tegevus:
 - kõndimine;
 - füüsilised harjutused.
- surnud inimese isiklike esemetega toimetamist ei tohi liiga kauaks edasi lükata:
 - teha seda jupikaupa;
 - perekondlikud kokkulepped.

(Dyregrov, 1994)

6.5. Leina- ja matuserituaalid tänapäeva Eestis

Leina ja matustega seotud rituaalid on ühed kõige vähem muutuvad rituaalid kultuuris üldse. Niisugust püsivust selgitatakse rituaalide otstarbekusega. Korralikult läbi viidud matuserituaal aitab kaasa osalejate reaktsioonide normaliseerumisele ja vaimse heaolu taastumisele. Küllap on aegade jooksul rituaali kogunenud just need elemendid, mis on kõige suuremale hulgale leinaprotsessi läbijatele kasuks tulnud.

Rituaalid on olulised alguse ja lõpu tunnetamiseks. Rituaalina võib kirjeldada enne pääste- või politseioperatsiooni algust toimuvat osaliste kogunemist, kus kogu meeskond enne tegutsemist koos on, samuti ka asja lõpetavat koosolemist. Kui inimesele tundub kogu tema elu ühtlase ekstreemolukorrana, siis kipub ta kergemini väsima ja võib muutuda tegutsemisvõimetuks. Kui aga raskuste algus ja lõpp (teadmine, et nüüd võib ennast pisut lõdvaks lasta) on selgelt markeeritud, siis on nendega kergem toime tulla.

Surmaga seotud rituaalid varieeruvad oma pisisajades isegi Eesti eri piirkondades. Veelgi suurem on rituaalide omavaheline erinevus eesti ja vene kultuuris. Näitena on järgnevalt ära toodud tänapäeva Eestis kasutusel olevad tähtsamad surmaga seotud rituaalid.

6.5.1. Ametkondlikud rituaalid

- pildid – küünlad;
- mälestusstend;
- kaastunderaamat;
- matustel osalemine;
- oma abi pakkumine surnu lähedastele.

Teenistuskohustuste täitmisel hukkunud kolleegide puhul on paramilitaarsetes ja militaarsetes süsteemides omad mälestusrituaalid.

6.5.2. Kodused rituaalid

- kirstupanek;
- hüvastijätt surnukeha juures;
- pildid, küünlad;
- ettevalmistused matusteks;
- kodunt ärasaatmine;
- kiriklik/ilmalik leinatalitus;
- haudapanek;
- peied;
- tähtpäevarituaalid surmajärgselt:
 - sünnipäev, surmapäev;
 - hingedepäev, jõulud ja vana-aasta õhtu;
 - jaanipäev.

7. PSÜHHOSOTSIAALNE REHABILITATSIOON KATASTROOFIDE JA SUURÕNNETUSTE JÄREL

1994. aastal töötas Eesti Vabariigi valitsuse juures asuv Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni töörühm välja suurõnnetustele ja katastroofidele reageerimise põhimõtted. Eeskujuks olid sarnaste situatsioonide tarbeks välja töötatud sekkumisskeemid Skandinaaviamaadest, samuti MS "Estonia" huku järel praktilises tegevuses omandatud kogemused.

Otstarbekaks peeti lisaks professionaalidele maakondlike kriisimeeskondade koolitamist omavalitsuste koostööna. Tegemist oleks erinevate elualade spetsialistidega, kes on saanud eriettevalmistuse tööks ekstreemolukorras.

7.1. Kriisimeeskonna koosseis

➤ sotsiaaltöötaja(d)

Suurte õnnetuste /katastroofide järel on ohvritel sageli raskusi omaenda ja perekonna esmast eluvajaduste rahuldamisega (peavari, riided, vältimatud kulud jms.). Õnnetusejärgne asjaajamine on tihti keerukas ja nõuab kogu sotsiaalsüsteemi tundmist. Inimesed, kes võivad veel päevi ja nädalaid pärast juhtumit ägedate traumaatilise stressi sümptomite all kannatada ei pruugi olla võimelised vajaliku asjaajamisega ise toime tulla.

➤ **psühholoog(id)**

Suurõnnetuste/katastroofide järel on tihti otstarbekas luua ajutine kriisikeskus, kust inimesed saavad infot, kus on võimalik turvaliselt toibuda, oodata, saada nõuandeid ja näpunäiteid iseenda ja oma lähedaste stressireaktsioonide leevendamiseks – iga õnnetus on erinev ja inimeste vajadusedki seetõttu isesugused.

Õnnetuseosaliste käitumine võib traumaatilistest reaktsioonidest tingituna olla tavapärasest erinev. Niisuguste inimestega suhtlemiseks koolitust saanud psühholoogid on pädevad vahetult õnnetuse järel ohvritega tegelema. Tegelemise sisuks ei pruugi olla psühholoogiline esmaabi vaid ka küsitlemine, seisundi ja abi vajaduse hindamine, info andmine jms.

Kriisi reguleerimisega tegelevad struktuurid (politsei, päästjad, meedikud) võivad vajada abi hukkunute lähedastega suhtlemisel (näiteks surnukehade identifitseerimise juures, surmateate edastamisel, haiglas, kuhu on toodud raskes seisundis kannatanuid võib olla vaja abi nende lähedastega tegelemisel jne.) Eraldi tähelepanu vajavad lapsed (eriti õnnetuse käigus ajutiselt lähedastest lahutatud ja/või hukkunute lapsed). Nendega rääkimiseks oleks mõistlik kasutada spetsialisti, kuna šokiseisundis lapsed ei väljenda selgelt ei seda, mis nendega toimub ega seda, mida nad vajavad (nad ei saa iseendast sageli aru, samuti ei jätku neil mõisteid, millega oma tundeid väljendada).

➤ **arst(id)**

Oma ettevalmistuselt sobivad kriisimeeskondadesse hästi psühhiaatrid: traumeeritud inimestel on tihti unehäireid (täielik võimetus uinuda, luupainajad, pinnaline ja katkendlik lühike uni, mis ei lase välja puhata ja põhjustab kurnatuse jne.), kõrgenenud ärevus, rahutus, masendus jms sümptomid, millega psühhiaater oma kutsetööski enamasti kokku puutub.

Ka teiste erialade arstid (pediaatrid, perearstid) on kriisimeeskondades tõhusad olnud. Ainult arst võib diagnoosida haigusseisundit ja ainult arstil on õigus ravimeid määrata. Seepärast on meeskonna tõhususe garanteerimiseks arsti kaasamine paratamatu.

➤ **jurist(id)**

Paljud õnnetused (eriti surmaga lõppenud) toovad õnnetuseosalistele ja nende peredele kaasa keerulised õigusprobleemid. Inimeste reaalne elu ei ole sageli kooskõlas sellega, mida dokumendid väidavad. Ametlikult võidakse abielus olla ühe inimesega, aga tegelikkuses kestab kooselu teise partneriga juba aastaid. Mõnikord on ühel inimesel kaks elukaaslast (ja lapsedki mõlemaga) ilma et üks pere teisest teadlik oleks.

Kui vanemad elavad pikka aega lahus, kuid abielu on vormiliselt lahutamata, siis muutub seni last kasvatanud poole surma korral lapse teine vanem automaatselt ainsaks täievoliliseks lapse esindajaks. Kui aga seesama vanem on kodunt lahkunud näiteks kroonilise alkoholismi, antisotsiaalse isiksusehäire vms. põhjuse tõttu, siis võib laps lisaks ühe vanema surmale tugevasti traumeeritud saada ka teise vanema käitumisest.

Loetletud on ainult väike osa õnnetuste järel tekkida võivaist õigusprobleemidest. Jurist on kriisimeeskonnas eriti väärtuslik neil juhtudel, mida seaduseandja ei ole osanud ette näha ja kus seaduste mittetundmine võib kaasa tuua olulise materiaalse ja/või moraalse kahju.

➤ **vaimulik(ud)**

Vaimulike eriliseks kutseoskuseks on läbi viia rituaale. Kõigi suuri muutusi kaasa toovate elusündmuste juures on rituaalide kasutamine inimeste jaoks oluline. Rituaal justkui märgib ära hetke, mil miski lõppes ja miski uus alguse sai. Näiteks võib tuua, sündimise, kooli lõpetamise, abiellumise, olümpiamängude avamise ja lõpetamise jne. Eksistentsiaalsete muutustega (sünd ja surm) seotud rituaalid kuuluvad sageli otseselt vaid vaimulike kompetentsi või ilmalikuna läbi viiduna matkivad mõnd religioosset rituaali (näiteks on ilmalik matus Eestis kiriklikult toimuvaga paljuski sarnane ja oma struktuuri saanud kiriklikult matusest).

Suurte õnnetuste ja katastroofide puhul on tihti tarvis hoolitseda nii juhuslike ohvrite kui ka esmast abi andvate professionaalide vaimse tervise eest kasutades õnnetuse erinevaid etappe markeerivaid rituaale (näiteks lõpetas rituaal MS “Estonia” katastroofi käigus leitud hukkunute kehadega tehtava iga toimingu: liikumine Utö saarelt üle Turu Helsingisse, identifitseerimine, üleandmine Eesti ja Rootsi võimudele).

➤ **pedagoog(id)**

Suurõnnetused/katastroofid mõjutavad lisaks täiskasvanutele ka laste elu. Lastele on tingimata vaja anda informatsiooni selle kohta, mis on juhtunud, kuidas see just neid puudutab, mis saab edasi. Samuti vajavad lapsed jälgimist (kes on need lapsed, kelle traumaatilised reaktsioonid on nii tugevad, et vajavad spetsialisti sekkumist?) ning toetamist (tugevad tunded on lastele hirmutavad, tihti ei oska nad neile tunnetele nimegi anda, omaenda kaootilised mõtted ja seesmine segadus ei luba selgelt mõelda). Pedagoogidel on oskus ja harjumus lastega rääkida sel viisil, et laps aru saab, mida talle öelda tahetakse.

➤ **... kõiksugu teised kutsealad**

Skandinaaviamaade kogemused on näidanud seda, et konkreetsetes ekstreemolukorras tegutsedes võivad vajalikuks ja kasulikuks osutada mistahes eriala esindajad, kui neil on teadmisi, oskusi ning piisavalt isiksuse küpsust. Siiski eelistatakse kõrgharidusega soovijaid – enamiku kõrgkoolide õppeprogrammidesse kuuluvad elementaarsed psühholoogiakursused, need teadmised aga on ekstreemolukordades vajalikud.

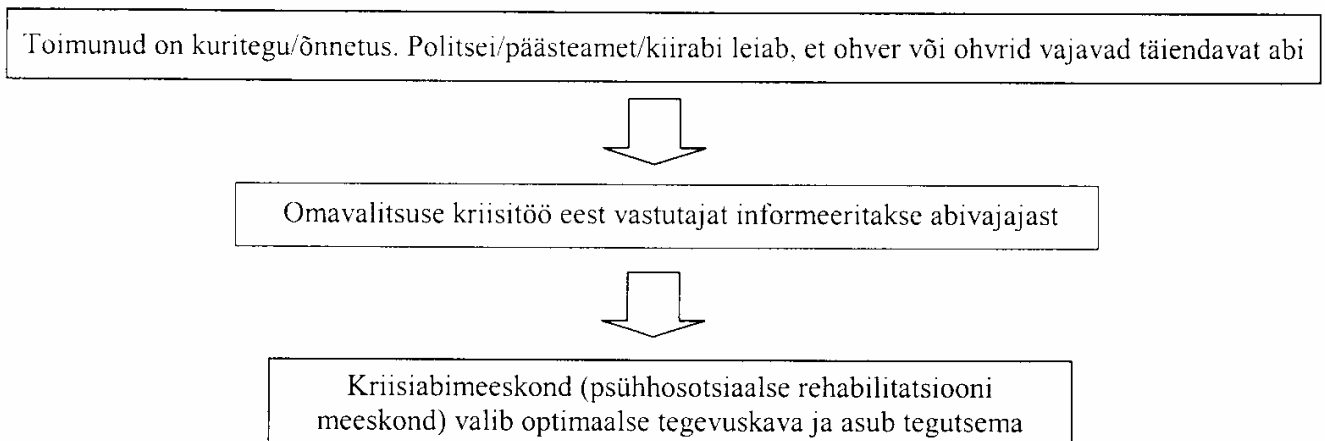
Kriisimeeskonna töö koordineerimine ja korraldamine toimub vastavalt kohaliku omavalitsuse võimalustele ja vajadustele.

Meeskonna liikmed valitakse nende soovi avaldanud spetsialistide hulgast, kelle teenuseid ekstreemolukordadega seoses tõenäolisemalt otstarbekas kasutada on. Lisaks valmisolekule vabatahtlikuna töötada on nõutav ka kõrge pingetaluvus, suhtlemisoskus ning -julgeus ja isiksuse küpsus.

Meeskonna optimaalne suurus on sõltuv piirkonna elanike arvust ja riskide hulgast. Konkreetse õnnetuse/katastroofi järel võetakse kokku need meeskonna liikmed, kelle tegevus just selle õnnetuse puhul vajalik on. Kohaliku mõjuga sündmuse (näiteks on peretüli käigus üks abielupool teise laste silme all tapnud) puhul vajatakse võib-olla vaid kahe meeskonnaliikme abi ühe-kahe tööpäeva ulatuses. Igasugune pikem abi (kannatanu esindamine kohtuprotsessil, post-traumaatilise stressihäire ravi, traumaatiliste sümptomite vähendamiseks või kustutamiseks vajalik psühhoteraapia jne.) kuulub juba spetsialiseeritud instantside kompetentsi, kuhu kriisiabi meeskond abivajajad (või nende lahendamist ootavad probleemid) ka üle annab.

Eestis tekkis kümnekond kriisimeeskonda aastatel 1994–1995 nende inimeste baasil, kes tegelesid MS “Estonia” õnnetusega seotud probleemidega. Kui 1996. aastal toimus Pala vallas koolibussiga õnnetus, milles hukkus 8 ja raskeid vigastusi sai ligi kaksikümne õpilast, siis töötasid kriisimeeskonnad veel edukalt ja suutsid oma jõud tekkinud olukorra lahendamiseks ühendada. Tänapäevaks on paljud inimesed vahetanud töö- ja elukohta, muutunud ka mitmete omavalitsuste administratiivsed piirid. Kriisimeeskonnad oma algsel kujul on enamasti kadunud. Tallinnas asuva Tallinna Kriisabi Keskus ja Tartus asuv Tartu Nõustamiskeskus annavad küll psühholoogilist abi traumaatiliste olukordade järel, kuid eri spetsialistide koostöö on üsna juhuslik ja põhineb pigem inimeste mitteformaalsetel kontaktidel kui organiseeritud koostööl.

7.1.1. Õnnetusjärgse abistamise võrgustik



7.2. Kriisikeskus katastroofi/suurõnnetuse järel

Katastroofide ja suurõnnetuste tagajärgede likvideerimise hõlbustamiseks on enamasti otstarbekas ajutise kriisikeskuse ellukutsumine. Niisugune moodustus on eriti vajalik juhul, kui õnnetuseosalised ei ela samas piirkonnas, kus õnnetus juhtus ja/või õnnetuspaiga elanikkond on suhteliselt väikesearvuline võrreldes õnnetuse tagajärgede likvideerimisega seotud inimeste hulgaga.

Tavaliselt paigutatakse kriisikeskuse õnnetuskoha lähedusse mõnesse suuremasse hoonesse (koolimaja, hotell, haigla, kirik, spordisaal vms.). Kriisikeskuse toimimisaeg varieerub õnnetuse asjaoludest johtuvalt paarist päevast kuni mitme kuuni. Pikaajalisemat ning kompleksset sekkumist nõudvate õnnetuste korral (näiteks ulatuslikke purustusi põhjustanud maavärin) luuakse ajutise kriisikeskuse asemel hiljem juba stabiilsemad institutsioonid.

Suurt inimhulka puudutavate õnnetuste puhul luuakse kriisikeskusi rohkem kui üks.

Järgnevalt on toodud kriisikeskuste tavapärasemad ülesanded (Dyregrov, 1994).

7.2.1. Toidu/joogi ja puhkusevõimaluse pakkumine

Ekstreemolukorras kulub inimestel palju energiat, sageli on enese või teiste päästmiseks tehtud jõupingutusi füüsilise suutlikkuse piiril. Nii ohvrid kui abistajad võivad küllaltki lühikese ajaga jõuda kurnatuse seisundisse.

Esmaste füsioloogiliste vajaduste (toit, jook, uni, soojus) rahuldamine on vahetult õnnetusele järgnevalt perioodil üks olulisemaid ülesandeid. Kui ilmastikuolud sündmuskohal on karmid (külm, niiskus, tugev tuul vms.), siis muutub puhkuse-, joogi ja söögivõimlus lausa eluliselt oluliseks.

Kriisikeskuses peaks olema võimalus süüa, istuda ja oodata, võimaluse korral ka lamada ja magada. Seda nii ohvritele kui abistajatele.

7.2.2. Pereliikmete kokkuviiimine

Katastroofi järel on inimestel vajadus üles leida oma lähedased, olla nendega koos, saada teavet selle kohta, mida keegi koges. Suur vajadus on füüsilise kontakti järele: kallistatakse, lapsed poevad sülle. Kriisikeskuses peaks olema võimalus nendel inimestel, kes loomulikult kokku kuuluvad, ka koos olla. Vältima peaks meeste, naiste ja laste lahutamist. Kuna inimesed, kes vajavad koosolemist tekkivat turvatunnet, püüavad nagunii kokku saada, siis toob perede lahutamine kaasa lisapingeid (abistajad süüdistavad abistatavaid distsiplineerimatuses, need omakorda tajuvad abistajaid julmade ning vägivaldsetena).

Koosolevad inimesed saavad üksteisele esmaste traumaatiliste reaktsioonide pehendamisel palju asuks olla. Šokiseisundis inimese toibumist kiirendab tema tihe füüsiline kontakt kellegagi. Ka abistajate jaoks on lihtsam olukord, kus pereliikmed üksteise eest hoolt kannavad.

Enamasti kujunevad kriisikeskustes iseenset välja teadetetahvlid, kus üksteist otsitakse, sõnumeid jäetakse vms. Kui niisugust paika ei ole, kuhu see iseenesest tekkida saaks, siis oleks kohane see tekitada.

7.2.3. Hukkunute lähedaste toetamine surnukeha identifitseerimise juures

Oma lähedase (moonutatud) surnukeha nägemine põhjustab paljudel inimestel ägeda traumaatilise stressireaktsiooni sümptomeid. Mälestus surnukehast võib hiljem olla sedavõrd tugev, et veel aastate pärast ei suudeta surnust mingeid teisi mälestusi silme ette manada.

Surnukeha identifitseerimise sunnitud lähedasi on mõistlik informeerida sagedamini ette tulevatest võimalikest reaktsioonidest. Samuti on hea, kui keegi läheb surnukeha juurde ja lahkub koos temaga. See keegi saa olla surnukehade identifitseerimisega tegelev ametnik, sest tema ülesandeks on dokumentatsiooni täitmine ning lähedastega tegelemiseks ei jää tal aega. Enamasti pole tal selleks ettevalmistust.

Kui identifitseeritav surnukeha on tugevasti deformeerunud või on olemas ainult üksikuid kehaosi, siis on identifitseerijat kasulik ette informeerida sellest, mida ta näeb. Nii on kujutlusvõimel võimalik justkui pehmemat reaktsiooni ette valmistada. Kui näiteks abikaasa kaotanud naisele ette öeldakse, et tema mehe kolju on purunenud, et näost ei ole midagi järele jäänud, siis ei ole laiba nägemine enam niivõrd ehmata.

Kuna pea olukorra kohta on info varem olemas, siis liigub tähelepanu nende keha piirkondadele, mille kohta info puudub ja mis ei ole moonutatud. Sageli võib ette hoiatatud inimeste suust pärast protseduuri läbimist kuulda lauseid: “See oli küll hirmus, aga mitte nii kole kui ma arvasin.” või “See ei olnudki nii hull, kui ma ette kujutasin.”

7.2.4. Info kogumine ja jagamine (päästeamet, politsei, riigi- ja omavalitsuse asutused, üldsus)

Suurte katastroofide puhul on sageli raske õnnetuseosalisi tuvastada. Avalike asutuste põlengute puhul näiteks lahkuvad ellujäänud sündmuskohalt ning nende isikuid ei õnnestu kindlaks teha. Ometi on nende ütlused vajalikud nii juhtunu selgitamisel kui surmukehade tuvastamisel. Lisaks ellujäänutele on õnnetuste järel vaja leida hukkunute pereliikmed. Vastavd andmebaasid on lünklikud, pealegi ei pruugi inimeste tegelik elu sageli formaalselt fikseerituga kattuda (paljud kooselavad paarid ei ole oma kooselu ametlikult abieluna vormistanud näiteks.)

Kriisikeskuses luuakse kontakt võimalikult kõigi õnnetusest puudutatud isikutega. Kontakti loomise meetodid sõltuvad konkreetsest olukorrast. Näiteks aitas MS “Estonia” hukkunute lähedaste andmebaasi koostada Taani riigilt ohvritele annetatud toetus. Kui raha oli kriisikeskusele üle antud, teavitati üldsust sellest, et edasilükkamatute asjatoimetuste tarbeks on võimalik kiiresti rahalist toetust saada. Inimestel, kes tulid kriisikeskusesse, paluti lisaks muudele toimingutele vastata järgmistele küsimustele:

- kas teate veel kedagi, kes Teie arvates laevale läks?
- kas teate nende perede asukohta (aadressi)?
- kas on andmeid kellegi vanemate, õdede-vendade või teiste lähedaste kohta?

Nii saadi andmed enamiku hukkunute sugulaste kohta. Neid kontrolliti koostöös politsei ja kohalike omavalitsustega.

Kriisikeskus toimib kõigi katastroofi tulemuste likvideerimisega tegelevate ametkondade koostöös, ka andmed laekuvad mitmelt poolt ja antakse edasi kõigile vajajatele.

7.2.5. Kriisitelefoni

On avatud 24 tundi ööpäevas 5–10 õnnetusejärgse päeva jooksul (vastavalt vajadusele ja õnnetuse asjaoludele). Vahetult pärast avamist on kriisitelefoni väga hõivatud. Inimesed, kes kahtlustavad, et nende lähedased võivad antud katastroofiga seotud olla, püüavad saada teateid konkreetsete inimeste kohta. Suurte katastroofide korral algavad peagi abipakkumised, mille registreerimise ja koordineerimisega kriisikeskuses kindlasti tegelda tuleb. Vastasel korral kuhjub abi mõningate kõige tuntumate õnnetuseosaliste juurde, enamik (seejuures need, kes abi vast enim vajavad), võivad kõrvale jääda.

Kriisitelefoni peaks kindlasti olema võimalus ühe ja sama numbri piires kõnesid eri spetsialistidele suunata. Infopäringud võtavad suhteliselt vähe aega, kuid kõige halvemat kartvad inimesed, kelle lähedastest pole teateid, vajavad tihti tunnipikkusi ja pikemaidki kõnesid usaldustelefoni kogemustega vastajatega. Kui kõnesid ei saa diferentseerida, hakkavad pikad kõned tasapisi kogu info liikumist takistama: aegamööda jäävad kõik kanalid pikkade kõnede alla. Neile, kes sisse helistada püüavad, kostab pidevalt kinnine toon.

Efektivse massiteabes reklaamitud kriisitelefoni olemasolu vähendab tuntavalt kohaliku omavalitsuse, politsei, päästeameti jt. dispetšerite töökoormust. Katastroofiolukorras on kommunikatsioonikanalid niigi üle koormatud. Kui avalikkusel ei ole infopäringuteks selget juhust, helistatakse igaks juhuks telefoniraamatutes leiduvatel politsei, kiirabi ja päästeameti numbritel huupi.

7.2.6. Psühholoogilise esmaabi korraldamine

Katastroofijärgne tegutsemine võib olla ohvritele uue trauma allikas, kui võib ka rehabiliteerimisprotsessi tugevasti kiirendada. Kriisikeskuses on arukas korraldada tegevust nii, et kujuneks kõiki asjaosalisi võimalikult toetav ja säästev õhkkond.

Otseselt õnnetusest puudutatud inimesed peaksid saama pidevat infot päästetööde käigu kohta (kas on leitud uusi hukkunuid, kuhu on viidud vigastatud jms.). Kui päästetööd on lõppenud, peaks inimestel olema võimalus ka sündmuskohata külastada.

Igal õnnetusest puudutatud perel peaks olema oma kontaktisik, kes umbes kümme päeva oleks pidevalt kättesaadav (vähemalt telefoni teel). See inimene, kes on juba abiks olnud, tekitab usaldust ja turvatunnet edaspidigi. Seepärast ei peeta otstarbekaks olukorda, kus inimene tuleb oma ühe ja sama looga iga kord erineva töötaja poole ja peab otsast peale kõike selgitama hakata. Kui antud perel (või üksikisikul) on tarvis seesugust spetsialiseeritud abi, mida kontaktisik anda ei saa (näiteks psühhiaatri konsultatsioon, juriidiline nõuanne vms.), siis vahendab kontaktisik vajaliku spetsialisti teenuse.

Sarnased kriisikeskuses viibivad ohvrid peaksid saama omavahel suhelda ning nende omavahelist suhtlemist kujundada. Missugused inimesed end ühes või teises olukorras sarnastena tunnevad, seda on raske ennustada. Ühte gruppi võivad koguneda samast rahvusest inimesed, kui neid on õnnetuseosaliste hulgas suhteliselt vähe. Grupi võivad moodustada lapse kaotanud vanemad, pered, kus keegi on haiglas raskes seisundis - iga konkreetset juhul on sarnasuse kriteerium erinev. Niisugustes gruppides on võimalik õpetada enda ja oma lähedaste traumaatiliste reaktsioonide läbielamist paremini taluma. Tihti tekivad perede vahel sõprusuhted, mis kestavad aastaid pärast õnnetust. Grupitöö läbiviimiseks on vaja spetsialiste, kel on olemas professionaalse grupitöö kogemused ja teadmised ekstreemolukordadest. Grupitööde tähelepanekute alusel võib leida ka need, kelle kohanemisreaktsioonid tunduvad ebapiisavad olevat ja kelle puhul on alust kahtlustada PTSD arenemist.

Vajadusel peaks kriisikeskus võimaldama individuaalset või perele suunatud kriisinõustamist vastava ettevalmistuse saanud psühholoogilt või psühhiaatril.

7.2.7. Töö massimeediaga

Õnnetuseosalisi kaitstakse massimeedia pealetükkivuse eest. Katastroof suurendab meediaväljaannete müüki, seega on nad huvitatud suuremahulisest ja kõmulisest infost sündmuskohalt. Ellujäänud ning hukkunute lähedased kogevad sündmuskohal tugevaid traumaatilisi reaktsioone. Šokifaasis inimesed ei ole oma otsustes adekvaatsed, sageli ei suuda nad päris hästi aru saada, mida nende käest ja mis eesmärgil küsitakse. Selleks ajaks, kui salvestatu eetrisse läheb, võib inimese seisund juba parem olla. Enese nägemine telekraanil nutvana, värisevana, lõhkirebitud riietes, kokutavana vms. mõjub pahatihti uue traumaatilise üleelamisena. Seega peaks kriisikeskuses inimestele nende õigusi selgitama (näiteks õigus igasugusest suhtlemisest meediaga keelduda), samas aga mitte keelama esinemast neil, kes teevad seda teadlikult ja kelle jaoks võimalus esineda on pigem meeldiv kogemus kui traumaatiline elamus.

Üheks kriisikeskuse funktsiooniks on varustada meediat selle infoga, mida nood vajavad ning mille avaldamine on avalikkusele tarvilik. *Mis juhtus ja kuidas? Mida veel teada ei ole ja miks teada ei ole? Kuidas lähedased õnnetusest puudutatuid säästvalt kohelda saaksid? Mida laste küsimustele vastata?* Siin on toodud mõningad teemad, mille puudutamine on paratamatu.

7.2.8. Esmase sotsiaalabi jagamine

On oluline eriti nende õnnetuste puhul, kus pääsenud on ilma kohaste rõivasteta, kaotanud isiklikud asjad ja/või dokumendid, kaotanud eluaseme vms. Niisugustel puhkudel on sage ka tarvidus pesemisvõimaluse järele.

7.2.9. Kriisiabi-alase rahvalgustustöö tegemine

Suured katastroofid on erinevad. Valmis infolehti, nõuandevoldikuid jms. tavaliselt kasutada ei saa. Küll aga peaks kriisikeskusel olema võimalus kiiresti erinevaid materjale koostada ning vajajatele laiali jagada. Kindlasti peaks levitama infot selle kohta, missugused traumaatilised sümptomid on ohtlikud, missuguste tunnuste põhjal oleks aeg otsida spetsialisti abi.

Kasu on ka igat liiki meelespeadest, kus sees erinevate katastroofi tagajärgedega tegelevate organisatsioonide kontaktandmed (aadressid, telefonid, e-maili aadressid, vastuvõtutajad ning lühidalt ka probleemid, millega just selle asutuse poole võiks pöörduda).

Katastroofide järel on inimeste huvi õnnetusetemaatika vastu kõrgeks jäänud. See on sobiv aeg enese ja teiste abistamise oskuste levitamiseks kõiki võimalike kanaleid kasutades.

7.2.10. Kõigi võimalike abistajatega koostöö organiseerimine

Mida ulatuslikum on katastroof, seda väärtuslikum on ohvritele pakutav abi ja seda olulisem on erinevaid abipakkumisi koordineerida.

Näiteks võib kusagil metsavahel reisirongiga juhtunud õnnetuse järel kahe valla naiskodukaitse teha teineteisest sõltumata pakkumise päästjatele sooja sööki valmistada. Lisaks on päästjatel oma ametkonnaski toitlustamine organiseeritud. Seevastu on toiduta ellujäänud, kes lähedalasuvas vanas jaamahoones ootavad teateid oma pereliikmetest. Hea oleks ka kui keegi tollesama jaamahoone kütmise eest hoolitseks.

Suurte katastroofide korral on abistajaid tervest maailmast. Pakutav abi on erinev: kõrgprofessionaalide teenustest kuni metsakülas elavalt memmelt pärit villaste sokkideni. Erinevate annetajatega suhtlemine on ajamahukas tegevus. Samas ei tohiks ei kodu- ega välismaiseid annetajaid tõrjuda: see toob kaasa asjatuid konflikte.

7.2.11. Kogu tegevuse dokumenteerimine

Suure katastroofi järel töötab kriisikeskuses intensiivselt palju erinevate elualade esindajaid, kes ei enne ega pärast pruugi omavahel kokku puutuda. Ka kõige professionaalsem töötaja teeb oma tegevuses pause, et magada – seega töötatakse vahetustega. Tegevuse järjepidevuse tagamiseks on igal järgneval vahetusel tarvis võimalust eelnevate vahetuste tehtust ülevaade saada.

Et töötajate liikuvusest tingituna järjepidevus ja oluline info kaduma ei läheks, siis dokumenteeritakse kriisikeskuses kõik toimuv: *kes millal tuli, mis asjus, mida teatas, kas info on kontrollitud või mitte, kes selle info alusel mida teeb, missugune on selle või teise ohvri seisund (nutab vahetpidamata, rahulik, ...), missugune töötaja selle konkreetse kliendiga tegeles, mis toimus, missuguseid lubadusi anti ja kes neid täitma hakkab jne.*

Esmapilgul väärtusetu info võib hiljem osutada oluliseks kas meedikutele või politseile. Mingi tähenduseta ese võib olla mõne hukkunu lähedasele kõige väärtuslikum mälestusese. Kuna faktide ja sündmuste tähendust saab hinnata alles hiljem, siis püütakse kriisikeskuses talletada kõik, mis võimalik.

7.2.12. Abistajate rehabilitatsiooni korraldamine

Professionaalide kutsealane läbipõlemine on enamiku abistavate elukutsete probleem. Ekstreemolukorras tuleb tegutseda ennast maksimumi välja pressides. Abistajate reaktsioonid juhtunule on ohvrite omadega samased (seepärast loetakse üldjuhul õnnetuse ohvrite hulka ka kõik sündmuskohal töötnud professionaalid), ehkki üldjuhul veidi nõrgemad. Samas ei ole neil võimalik omaenda seisundile kuigivõrd tähelepanu pöörata, sest õnnetuskohal on nad eelkõige teiste jaoks.

Kriisikeskus peaks hoolitsema ka abistajate vajaduste eest: näiteks leidma ruumi, kus abistajad saaksid olla pärast oma vahetust omaette, kus saaks end lõdvaks lasta, loobuda oma näoilme ning žestide kontrollimisest. Ka tuleks kriisikeskuse korraldada debriefingu ja defusingu regulaarne läbiviimine asjaosalistele. Ilmsete traumaatiliste stressi tunnustega abistajate puhul tuleks kaaluda spetsialistide sekkumist ja individuaalset lähenemist.

8. PSÜHHOLOOGILINE ABI EKSTREEMOLUKORDADES

Enimkasutatud psühholoogilise abi meetodid on:

- VÄLJAELAMISVESTLUS (*defusing*) samal päeval;
- JÄRELTOÖTLUS (*debriefing*) 24–72 tundi pärast juhtunut;
- HILISEM JÄRELTOÖTLUS 3–5 nädalat pärast juhtunut;
- INDIVIDUAALNE JÄRELTOÖTLUS;
- MINIMARATONRÜHMAD;
- INDIVIDUAALNE NÕUSTAMINE;
- TUGIGRUPID;

- KRIISIKOOLITUS (loengud vms);
- VALGUSTUSTÖÖ MASSIMEEDIAS;
- ASJAOSALISTE ORGANISEERUMINE, ÜHISKONDLIK AKTIIVSUS;
- RISKIRÜHMADE INFORMEERIMINE;
- RITUAALID.

8.1. Väljaelamisvestlus (*defusing*)

Toimub vahetult pärast sündmuskohalt naasmist koos sama juhtumiga tegelejad kolleegidega, reeglina:

- väikesed grupid (6–10 inimest);
- viiakse läbi 8 tunni jooksul pärast juhtunut;
- kestab 20–45 minutit;
- häirivatest teguritest vabas ümbruses;
- samad eesmärgid, kui järeltöölusel (vt ka 8.2):
 - mittevajalike traumajärgsete reaktsioonide ja PTSD ennetamine;
 - reaktsioonide normaliseerimine;
 - juhtunust tõepärase pildi saamine, selle kognitiivne struktureerimine;
 - emotsioonide ventileerimise stimuleerimine;
 - grupi sidususe suurendamine.
- võib elimineerida vajaduse debriefingu järele;
- on sobivaks debriefingu protsessi edendajaks.

8.2. Järeltöötlus (*debriefing*)

Tugevat stressi tekitanud kogemuste käsitlemine (töö)kaaslaste toetusel.

➤ EESMÄRGID:

- mittevajalike traumajärgsete reaktsioonide ja PTSD ennetamine;
- reaktsioonide normaliseerimine;
- juhtunust tõepärase pildi saamine, selle kognitiivne struktureerimine;
- emotsioonide ventileerimise stimuleerimine;
- grupi sidususe suurendamine.

➤ REEGLID:

1. Osalevad ainult need, kes õnnetuses kohal viibisid.
2. Täielik konfidentsiaalsus.
3. Vabadus rääkida või vaikida.
4. Märkmeid ei tehta.
5. Igaüks räägib endast, mitte teistest.
6. Vaheaegu ei tehta.
7. Ei kritiseerita ega arutata juhtunu tehnilisi üksikasju.

➤ ETAPID:

1. Sissejuhatus. Esitlemine, struktuur, reeglid.
2. Faktid. Mis tegelikult juhtus?
3. Mõtted. Mida mõtlesid ... ajal?
4. Tunded:
 - mõtete küsimine annab tihti infot ka tunnete kohta;
 - mis oli kõige halvem/hirmsam?
 - reaktsioonid sündmuskohal ja hiljem, nüüd?

5. Normaliseerimine:
 - nii reageerida on normaalne;
 - teave võimalikest järgnevatest reaktsioonidest;
 - nõuanded toimetulekuks.
6. Taastumine:
 - kontaktivõimalused;
 - lepitakse kokku edasises.

8.3. Minimaratonrühmad

- Sihtgrupp: kollektiiv, naabruskond, grupp, kellega traagiline sündmus on juhtunud.
- Aeg: mõne tunni kuni ööpäeva jooksul pärast juhtunut.
- Kestus: 2,5–3 tundi
- Tingimused: Osaleda ei soovitata neil inimestel, keda õnnetus kõige lähemalt on puudutanud ja kellel on ägeda traumaatilise stressihäire tunnused.
- Struktuur:
 - kindel juht, abijuhid;
 - kõik vanusegrupid üheskoos;
 - mikrofonid, piisavalt avar paik, et kõik osaleda soovijad ära mahuksid;
 - inimesed saavad vabalt tulla ja minna;
 - ei tsenseerita.
- Etapid:
 - juhtunust jutustamine (umbes 90 minutit, olulised faktid);
 - olemasolevate traumaatiliste sümptomite kirjeldus + lähitulevikus võimalike seisundimuutuste kirjeldamine (umbes 60 minutit);
 - sangariteod ja ellujäämiselood (15–20 minutit).

(Terr, 1992)

8.4. Esmane individuaalne interventsioon

- Võimaluse korral tervele perele korraga (lapsed koos vanematega osalemas vaatamata vanusele)
- Loo optimaalne suhtlemiskeskond:
 - võimalikult vähe müra;
 - omaette ruum, kui see olemas on.
- Käi läbi faktid ja nendega seotud mõtted.
- Selgita arusaamatused ja anna puuduv info.
- Stimuleeri eneseväljendust:
 - rituaalid;
 - mäng;
 - joonistamine;
 - verbaliseerimine.
- Anna eakohast infot vahetutest ja oodatavatest reaktsioonidest.
- Taasta tavarutiin.
- Hoidu tühjast fraasidest.
- Informeeri sellest, mis hakkab juhtuma.
- Aktiveeri loomulikke toetajaid ja eneseabi.
- Anna kannatanutele aega ja emotsioonide väljendamise võimalust, ole ise tegus, toetav ja konstruktiivne.

(Dyregrov, 1994)

8.5. Juhised individuaalse esmaabi andjale

- Loo soe, empaatiline atmosfäär.
- Anna kogu oma tähelepanu:
 - hoia silmsidet.
 - kasuta kehakeelt osavõtlikkuse näitamiseks.
- Võimalda juhtunust rääkida:
 - kuula, ära katkesta;
 - hoidu küsitlemisest;
 - hoidu tühjadest fraasidest (ma mõistan, mida te tunnete ...; aeg parandab haavad jms.);
 - ole aus ja otsekohene.
- Kasuta vajaduse korral kehalist kontakti.
- Anna praktilist nõu.
- Aita initsiatiivi ilmutada, toeta aktiivsust.
- Loo kontakt perekonna või lähedaste sõpradega.
- Kaitse sekundaarse trauma eest:
 - meedia, avalikkus;
 - tugevad sensoorsed muljed;
 - raskused ametlikul asjaajamisel.
- Informeeri lähitulevikust.
- Luba nutta.

(Dyregrov, 1994)

8.6. Tähtsad teemad lähedase surma järel

- meditsiiniline info;
- uue katastroofi kartus;
- surnu asjad kodus;
- mälestused;
- leinamise võistlus;
- üleloomulikud kogemused;
- interaktsioon sotsiaalses võrgustikus;
- perekonna dünaamika;
- (uus) rasedus;
- muutused väärtussüsteemis;
- süütunne;
- (uus) suhe;
- lähituleviku ülesanded;
- politseiusutlused;
- seadus(ed);
- kindlustuse küsimused;
- haiguspuhkus;
- tööle/kooli naasmine;
- teste võimalik suhtumine ja selle mõju;
- kehalised ja hingelised kaotused;
- elu ohjade enese kätte võtmine.

(Dyregrov, 1994)

SOOVITATAV KIRJANDUS

1. Dyregrov, A.(1995) Lapse lein. Soome Punane Rist
2. Moor, A. (2003) Dialoog surmaga. Ilmatar
3. Ellonen, E., Nurmi, L., Raivola, P., Väliatalo, T., Väliatalo, U. (2002). Politseitöö psühholoogia. Sisekaitseakadeemia.
4. Ugur, K. Väike kriisimeelespea <http://www.parnu.ee/Raulpage/kriisi.html>
5. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>
6. David Baldwin's Trauma Information Pages. <http://www.trauma-pages.com/>

Allikad:

1. Arcel, L.T. (Ed.). (1998). WAR violence trauma and coping process: armed conflict in Europe and survivor response. Nakladništvo Lumin.
2. Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. & Mezey, G. (Eds.). (1997). Psychological Trauma. A Developmental Approach. The Royal College of Psychiatrists. Gaskell. London.
3. Bowman, M. (1997). Individual differences in post-traumatic response. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. V
4. Dattilio M.F. Freemann, A. (2000). Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention. The Guilford Press, New York.
5. Dyregrov, A. (1991). Grief in Children. A handbook for adults .Jessica Kingsley Publishers, London.
6. Dyregrov, A. (1997).The process in psychological debriefings. Journal of Traumatic Stress, 1997, Vol 10 (4), pp 589-605.
7. Florian, V. & Mikulincer, M. (1997). Fear of death and the judgement of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. Journal of Personality and Social Psychology 1997, Vol. 73, No 2, 369-380.
8. Foa,E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. (eds) (2000) Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York.
9. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
10. Gilliland, B.E. & James, R.K. (1997). Crisis intervention strategies. Brooks/Cole Publishing Company: International Thomson Publishing Inc.
11. Hammarberg, M. (1992). Penn inventory for posttraumatic stress disorder: psychometric properties. Psychological Assesment, Vol 4 (1), pp 67-76.
12. Herman, J. (1997). Trauma and Recovery. New York: Basic Books.
13. Hoorweg, F.P.A., Quint J.G.H. (1994). Recovery: The uncharted phase in disaster relief. disaster Management, Vol 6 (1).
14. Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale. A study of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41(3), 209-218.
15. Kastenbaum, R. (1992). The psychology of death. New York: Springer.
16. Kessler DC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry ; 52:1048-1060.
17. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (Eds.). (2000). Psühhiaatria. Tallinn: Medicina.

18. Mitchell, J.T., Everly, G.S. (1996). Critical incident stress debriefing. Ellicott City, Chevron Publishers.
19. Montada, L.S., Filipp, S. & Lerner, M.J. (Eds.). (1992). Life Crises and Experiences of Loss in Adulthood. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
20. Morgan CA III, Wang S, Rasmusson A, Hazlett G, Anderson G, Charney D.S.(2001). Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic Medicine*; 63:412-422.
21. Neimeyer, R.A. (Ed.). (1994). Death anxiety handbook: Research instrumentation and application. New York: Taylor & Francis.
22. Rosenhan, D.L., Seligman, M.E.P. (1989). Abnormal psychology. 2nd edn. New York: Norton.
23. Solomon, S., Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 24, pp. 93-159), New York: Academic Press.
24. Taruste, K. (2001). Stress. /www.tnk.tartu.ee/0stress.html#kr
25. Ugur, K. (1999). Väike kriisimeelespea. EELK Haiglahingehoiu Keskus.
26. Wass, F.M., Berardo, F.M. & Neimeyer R.A.(Eds.). (1988). Dying: Facing the facts. New York: Hemisphere.
27. Wilson, J.P., Raphael, B.(Eds.). (1993). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.
28. Worden, W. (1984). Grief counselling and grief therapy. London: Tavistock.
29. Yule, W., Canterbury, R. (1994). The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 6, pp 141-151
30. Psychological, psychiatric and social management of disaster. General guidelines from the National Swedish Board of Health and Welfare. (1991). Modin-tryck, Stockholm.

ISBN 9985-67-094-9

© Sisekaitseakadeemia, 2003

Sisekaitseakadeemia
Kase 61 12012 Tallinn
aprill 2005