

Kriisisekkumine ja selle olulisus

Artikkel vaatleb, mida hõlmab tänapäevane (psühhosotsiaalne) kriisisekkumine, samuti selle ajaloolist tausta. Käsitlus toetub autori enam kui kahekümneaastase kriisisekkumise praktika jooksul kogetule ning sellel teemal spetsialistide ja tudengite koolitamiseks kogutud materjalidele.



TIINA NAARITS-LINN

psühholoogia-õpetaja
kriisinõustaja ja kriisinõustamise õppejõud
Kriisinõustamise ja Eneseleidmise Keskus Mahena

Kriisisekkumine on läbi aja tähendanud üksikisiku ja/või väikese inimgrupi (pere, kollektiivi) vahetut aitamist olukorras, kus emotsionaalselt äärmuslikult raske kogemus on viinud inimes(t)e senise toimetuleku väga halvaks. Traumakogemuse tõttu väheneb ootamatult ja äkiliselt inimese emotsionaalne vastupidavus ja oluliselt väheneb ka senine kontroll oma mõtete ja tegude üle, avaldub suur ebakindlus ning suutmatuse edasisele elule keskenduda. Selles olukorras asub aju mandelkeha juhtima emotsioonide kulgu ja ilma olukorra mõtestamiseta on ratsionaalset toimetulekut võimaldav suuraju aktiivsus maha surutud.

Tugeva traumeerituse olukorras tähendab kriisisekkumine rääkimistaktikate abil toimunu ja edasiste võimaluste käsitlemist seni, kuni aktiveerub inimese enese sisekõne ja suuraju võtab juhtimise mandelkehalt tagasi. Seejuures ei ole esmasel sekkumisel oluline hinnata, kui heas toimetulekus inimene on, sest kriisisekkumise efektiivsus on olemas nii sel juhul, kui toimetulek on väga

halb ja on vaja aidata seda taastada, kui ka siis, kui inimese üldine hakkamasaamine näib piisav. Kriisisekkumise mõju avaldub abivajaja hilisemal kiiremini taastuval enesekindlusel ja ilma täiendava abita hakkamasaamisel. Nii ongi kriisisekkumise mõiste ees tinglikult sõna **psühhosotsiaalne**, kuivõrd kogu sekkumise fookus on psühhosotsiaalsel toimetulekul. Tegemist ei ole kliinilisi teadmisi vajava sekkumisega. Kui kriisilukorras vajab inimene abi, siis arusaadavalt on esmane inimese elu ja füüsilise tervise hoidmine, seejärel on aga oluline toetada ka vaimset tervist, et selle toetuse puudumine ei suurendaks traumast tingitud emotsionaalseid purustusi ega põhjustaks omakorda hiliseid füüsilise tervise häireid. Seega kriisisekkumine toetab arstipraktikat otseselt, kuivõrd õigeaegse kriisisekkumise abil õnnestub hilisema võimaliku arstiabi vajadust minimeerida (traumajärgsete psühhosomaatiliste tervisehäädade osas).

sam nii akuutperioodil ühe kuu jooksul kui ka traumast tingitud hilisema abivajaduse kohaldamisel. Mis aga peamine, hilisemat abivajadust on sellisel juhul oluliselt vähem vaja kui siis, kui 72 tunni fenomeni ei ole õnnestunud ära kasutada.

72 tunni fenomen avaldub inimese ebatavalises valmisolekus võtta abi vastu tingimusi esitamata, selle aja möödudes olukord muutub. Seetõttu on eriti oluline, et inimene ei satuks pahatahtliku või lihtsalt väheste teadmistega inimese meelevalda – kolme esimese päeva mõjutust on keeruline hiljem muuta. Sel ajal on inimene ühelt poolt väga haavatav ja kaitsetu, lastes endale lähedale viisil, mida ta muidu ei pruugi kunagi võimaldada, teisalt on siis abi andva spetsialistiga loodud kontakt justkui sild (või selle puudumisel selle silla sulgemine), et tulevikus õigeaegselt, ilma krooniliseks muutuva hädaga, konsulteerida teiste spetsialistidega, sh arsti või psühholoogiga.

» Kriisisekkumise vajadus on eriti suur siis, kui avalduvad ägeda stressireaktsiooni sümptomid, ja eriti efektiivne on sekkumine umbes 72 tunni jooksul traumeeriva olukorra algusest.

72 tunni fenomen

Kriisisekkumise vajadus on eriti suur siis, kui avalduvad ägeda stressireaktsiooni sümptomid, ja eriti efektiivne on sekkumine umbes 72 tunni jooksul traumeeriva olukorra algusest. Seda fenomeni olen kolleegidega fikseerinud juba aastaid. Kui patsient/klient saab esmase psühhosotsiaalse ja teadmispõhise toetuse ehk kriisisekkumise selle aja jooksul, on igasugune koostöö temaga liht-

Kui esmane psühhosotsiaalne sekkumine toimub ööpäeva jooksul, siis tuleb üldiselt kõike räägitut järgmisel päeval korrata. Ehk kahel esimesel päeval antakse korduvalt teada, mis võib toimuda enesetundega esimestel päevadel ja öödel ning esimesel kahel nädalal ja esimesel kuul.

Siinkohal on tähelepanuväärne, et traumaolukorrast tulenevas akuutfaasis, umbes

30 päeva jooksul, ei ole enamasti vaja kliinilise psühholoogi ega üldse psühholoogi rakendamist (kui ei ole kliiniliselt rasket psüühilist seisust). Oluline on, et tuge pakub kriisinõustamise lisapädevusega, st isiksus- ja suhtlemispsühholoogiat ning eriti põhjalikult trauma mõjusid ja lahenduskesksusel põhineva kriisinõustamise taktikaid tundev kõrgharidusega spetsialist, olgu ta siis akadeemiliselt hariduselt psühholoogia, sotsiaalpedagoogika, sotsiaaltöö, hingehoiu, pedagoogika, meditsiini vmt valdkonnast. Kriisisekkumise ülesanne on pädevuspõhiselt selgitada ka seda, kes päriselt vajab suuremat eriabi, kuivõrd on teada, et traumalokorda sattunutest võib erilist tuge vajada vaid umbes 5–10%.

Minu praktika on korduvalt ja korduvalt kinnitanud nii esimestel päevadel kui ka kogu esimese kuu jooksul saadud professionaalse toetuse tähtsust, et hilisemaid vaimse tervise ja sellest omakorda mõjutatud füüsilise tervise hädasid üldse vältida. Muidugi on mingi hulk inimesi, kes vajab hilisemat eriabi (vaimse tervise häirituse korral esmalt kas psühholoogilist nõustamist või psühhoteraapiat, vajaduspõhiselt ka arsti juhitud raviskeemi rakendamist), aga sageli on siis tegemist inimestega, kelle trauma on kumulatiivse taustaga ja vahetu traumalokord vaid aktiveeris sellele eelnenu. Või on tegemist raske kaotusega, mille järel kahe aasta jooksul tuleb arvestada kriisi nn ajaakendega (pärast akuutset 1. kuud esmalt 3. kuul, siis 7.–8. kuu järel, siis 12. kuu täitumisel, siis 18. ja viimaks 24. kuul). Nendel hetkedel võib tekkida emotsionaalne tagasilangus, sageli koos võimalike füüsiliste vaevustega, seda ilma otsese põhjuseta. Võib näida, et inimene vajab ravi, kuid enamasti meditsiinilisi näidustusi selleks ei ole ja rääkimistaktikate toel taastatakse personaalne tasakaal/toimetulek.

1. NÄIDE

Koolis tekib kuuenda klassi lapsel ootamatult kriitiline seisund, kutsutakse välja kiirabi ja helistatakse lapsevanemale. Meedikutel ei õnnestu lapse elu päästa, kohale jõudnud lapsevanem on surma fikseerimise juures. Korraga on mitu väga haavatud tasandit – surnud õpilase perekond, tema klassikaaslased ja nende vanemad, samuti õpetajad.

Selles näites on kohalik omavalitsus koolipidajana hästi kursis nüüdisaegsete teooriatega, ja mis peamine, praktikast tuleneva mõjuga. Koolidirektor teeb omavalitsusega koostööd ja ühendust võetakse omavalitsuse partnerasutusega, mille kriisinõustajad asuvad tööle nii perega kui ka klassiga, õpetajatele viiakse läbi infotund. Esimesel ööpäeval on see enamasti mõeldud vaid psühholoogilise ülepinge maandamiseks, järgmisel päeval on sekkumine sisulisem ja saab ka selgeks, kes on need kuni 10%, kes vajavad enam tuge, kelle jaoks efektiivseks kriisisekkumiseks on vaja personaalseid kriisinõustamisi (sageli piisab vaid kahest-kolmest seansist).

Kindlasti ei räägita kuue tunni jooksul pärast sündmust emotsioonidest ega soovitata magama minna, kuivõrd uuemad uuringud on näidanud, et see võib soodustada posttraumaatilise stressihäire tekkimist.

Peamine töö toimub teisel päeval ja täiendavalt vahetult enne matuseid. Küll aga on esimesel päeval juba oluline näha, kas keegi vajab arsti tähelepanu või suuremat jälgimist. Nii saab arst tegeleda vaid nendega, kellel on selge näidustus arstiabiks, ja inimene ei jää vajaliku abita.

Selles näites teavitati kõiki klassiõpilaste vanemaid juhtunust, lepitati kokku, kuidas ja millal lähevad lapsed koolist koju, ning kahel lapsel tekkinud kiire arstivajadus sai samuti lahendatud. Mõlema lapse vanemad konsulteerisid perearstiga. Õpetajate infotund toimus esimesel päeval.

Järgmisel päeval toimus päeval lastele ja õhtul vanematele infotund, kus räägiti, mida enda ja oma klassikaaslaste/pereliikme juures tähele panna, milliste sümptomitega olla ettevaatlikum, kelle poole pöörduda konsulteerimiseks.

Juba eelmisel päeval oli öeldud, et järgneva kahe nädala jooksul jätkub õppetöö, kuid vaimse pingutuse järel hinded ja hinnangud välistatakse. Laste jaoks on parim varasema rutiini jätkumine, kuid kuna mälu, tähelepanu ja keskendumine võivad trauma tõttu olla häiritud, siis seda tuleb õppetöös arvestada.

Samal ajal toimus töö perega, kus selgus, et otsest arstiabi ei vajanud keegi. Samas sooviti väga suhtlust kriisinõustajaga. Pereisa helistas esimesel päeval ja ka teisel päeval mitu korda, kas kohtumine ikka toimub. (Oluline teadmine. Kui kontakt on vahetult

loodud, siis helistab inimene ka ise. Kui esmast vahetut kontakti ei ole ja inimesele antakse telefoninumber, et vajadusel helistagu, siis traumakogemusega inimene ise kõnet võõrale ei tee, kui just ei ole mõne pereliikme pärast väga suurt muret. Kriisisekkumine tähendab spetsialisti aktiivsust suhte loomisel ja hoidmisel.)

Teise päeva kohtumine toimub leinajate peres ning selle käigus saab jälgida suhete tugevust ja rõhutada pere üksteise toetamise võimalust traagilises kaotuskogemuses. Tervise kontrollimise võimalus ja vajadus sellele tähelepanu pöörata on samuti üks vestluse osa.

Ühes ja samas olukorras olnud inimesed ei saa ühesuguseid kogemusi, isegi mitte siis, kui tegemist on olnud äärmuslikult raske olukorraga kõigi sellesse sattunute jaoks.

See kirjeldus annab vaid aimu olukorrast, kui kaasatakse kriisinõustaja. Samas saab ka selgeks, et selline tegutsemine aitab ohjata perearsti koormust.

Kindlasti saab esmasel kriisisekkumisel oskuslikult rääkimistaktikaid kasutav pereõde teha sama töö, mida selles näites tegid kriisinõustajad. Üksjagu patsiente satub pigem perearstikeskusesse ega puutu kokku kriisinõustaja toetusega. Kummalgi juhul ei pruugi arsti sekkumine enam vajalik olla või siis on see vajalik ainult lühiajaliselt.

Terminid „kriis“ ja „trauma“

Kriisisekkumise nüüdisaegse tõlgenduse mõistmiseks on hea vaadata **kriisi** ja **sekkumise** mõistet lähemalt. Praegusel ajal on termin **kriis** nõnda lai, et võib tähendada väga erinevat ulatust ja valdkonda, seepärast on üksikisiku aitamiseks vaja juurde vaadata ka terminit **trauma**.

Ühes ja samas olukorras olnud inimesed ei saa ühesuguseid kogemusi, isegi mitte siis, kui tegemist on olnud äärmuslikult raske olukorraga kõigi sellesse sattunute jaoks. Väga suur tähtsus kriisisündmuse tajumisel on **inimese varasemal teadlikkusel sellises olukorras toimuvast**, muidugi ka tema vanusel ja isiksuse tüübil, tema kriisisündmuse eelsel vaimsel ja füüsilisel tervisel, sotsiaalsel kogemusel seniste raskete elukogemuste analüüsimisel, juhtunu ajal oleval rollil midagi teha või kedagi teist aidata, olulise ja hinnanguvabalt suhtleva lähedase olemasolul, professionaalse esmase toe kogemisel jne.

2. NÄIDE

Vahetult selle artikli kirjutamise ajal töötasin perega, kelle seitsmeaastane laps oli äkilise terviserikke tõttu ootamatult kodus surnud. Kiirabi oli küll jätkanud ema alustatud elustamist, kuid kahjuks tulemuseta. Kriisinõustajad kaasas kohalik oma-valitsus.

Suhtlesime (kriisinõustajad töötavad üldiselt tandemis) sel traagilisel päeval perega telefoni teel ja leppisime kokku kohtumise järgmisel öhtul pere kodus. Kohe alguses ütlesid vanemad, et nad ootasid kohtumist kogu päeva. Esmased reaktsioonid vestlemise ajal olid just sellised, nagu sellises valus need on, kuid oli ka pere enda olukorra ja vajalike tegevuste mõtestamine, mis ei ole algaasis sugugi tavaline. Panin seda tähele ja mõtlesin hiljem uurida, mis kogemus neid toetab, et seda ressursi võimendada. Vahepealne püüd ratsionaliseerida oma valu oli võrdsest nähtav nii 13-aastaselt tütrele kui ka emal ja isal. Tütar kasutas ema lohutades väga teadlikke kirjeldusi ja vanemad olid samuti kord emotsionaalselt valulikumad ja siis taas teineteist toetavad, minu jaoks ebatavaliselt teadlike selgitustega. Siis pöördus laps ootamatult minu poole ja tänas mind. Sain harva juhtuva tagasiside tegelikust mõjust traumakogemuse ja selle järel keha-vaimu-emotsioonidega toimuva mõtestamisel ehk selle kohta, kui toetavad on teadmised, et tulla toime ja aidata lähedasel toime tulla traumast tingitud füüsiliste reaktsioonide, mõtete ja emotsioonidega. Selgus, et vähem kui kuu tagasi oli tüdruku klassivend traagiliselt surnud ning mina oma kolleegiga olin viinud selles koolis läbi

infotunni traumamõjudest nii õpilastele kui öhtul ka vanematele. Kõik kolm olid mind vahetult kuulnud. Mina neid ei mäletanud, kohtumine oli ju vaid ühetunnine ja grupis (ja mitte traumajärgse rühmatööna, kus kõik saavad rääkida, oli toimunud vaid mõistmist pakkuv ja toetusvõimalusi selgitav infotund).

Ka vanemad kinnitasid, et klassikaaslaste surma järel infotunnis kuuldu tekitab praegu nende emotsioonides pause, sest meenuvad on vaja pere teistele liikmetele justkui selgitada. Mina sain kinnituse, et teadlik kriisisekkumine ei toeta üksnes konkreetset juhtumist, vaid sel on vajalik mõju ka järgmistele juhtumitele korral. Minu ja kolleegi kriisisekkumine oli sel korral tegelikult lihtsam, kui nii saab lapse kaotanud perega suheldes üldse öelda.

» Ebanormaalses olukorras on normaalne kogeda personaalselt tavatuid reaktsioone ja see ei tähenda automaatselt vajadust diagnoosimiseks või medikamentoosiks sekkumiseks.

Kriis kui pöördeline hetk

Termin **kriis** (kreeka *krisis*) tähistas algusest pöördpunkti haiguses (kasutamise kohta on viiteid alates 13. sajandi algusest). Tänapäeval on kriisi kohta sadu ja sadu erinevaid selgitusi. Võttes abiks hiina keele, saab mõiste olemusest päris hästi aru, kui võrd terminit „kriis“ väljendatakse kahe hieroglüüfi kaudu, mis eraldi tähendavad „oht“ ja „võimalus“. Nii ongi kriis mingi pöördeline hetk, mis muudab senist ning loob tegeliku ohu kogeda rasket traumaatilist üleelamist, kuid samas jätab võimaluse, et inimene kogeb traumaõppetunde iseenda terviklikkust oluliselt kahjustamata. Peab vaid teadma, et traumaatilise läbielamise

akuutperioodil, umbes 30 päeva jooksul, on igati normaalne kogeda posttraumaatilise stressi sümptomeid. Ebanormaalses olukorras on normaalne kogeda personaalselt tavatuid reaktsioone ja see ei tähenda automaatselt vajadust diagnoosimiseks või medikamentoosiks sekkumiseks (see on pigem erandlik), vaid hea on mõista, millega tuleb ajutiselt leppida ja kuidas liigse ärevusega ise hakkama saada.

Kriisisekkumisel selgitatakse:

- 1) kriisisündmust võimendavate tegurite mõju: ruumiline taust ja kannatusi saanud isiku lähedusaste – mida lähemal on inimene juhtunu keskmele, mida lähedasem on kannatanu, seda suurem on juhtunu mõju;
- 2) kokkupuuteaega ja sensoorset mõjutust – mida pikem on hinnanguline kokkupuuteaeg ja mida selgem on sensoorne mõjutus (valgussähvatus, karjumine, spetsiifiline lõhn, õnnetuse pealtnägmine jmt), seda suurem on juhtunu mõju;
- 3) vägivaldsust ja mõju kogukonnale – isikuvastase ründe ja ulatusliku tragöödia korral on eriti tuntav abitus, ja seda suurem on juhtunu mõju;
- 4) kordumise/jätkumise tajutavust – mida suurem on tõenäosus, et traumast põhjustatud olukord võib korduda/jätkuda, seda püsivam on tugev hirm ja seda suurem on juhtunu mõju.

Veel 2011. aastal pakkus veebipõhine meditsiinisisõnaraamat (Medical Dictionary) termini **kriis** sisuks:

- 1) pöördpunkt paremuse või halvemuse suunas akuutse haiguse või palavikuhoo ajal;
- 2) valukramp, hirm, häiritud funktsioon;
- 3) emotsionaalselt tähenduslik sündmus või radikaalne muutus inimese elus;
- 4) liigest stressist ja jätkuvalt ohtlikust või aimatavalt ohtlikust olukorrast põhjustatud ebaharilik psühholoogiline või sotsiaalne seisund.

Üksteist aastat hiljem, aastal 2022 enam nii detailset kirjeldust sama sõnaraamat ei paku. Eeskätt on alles jätud meditsiinilisest seisundist tulenev sisu ja kolmandana väga üldine kõikehõlmav võimalus:

- 1) haiguse pöördpunkt heas või halvast

- suunas; eriti äkiline muutus ägeda haiguse käigus, tavaliselt paremus poole;
- 2) sümptomite äkiline paroksüsmaalne intensiivistumine haiguse käigus;
 - 3) elukriis; selle alla annab panna palju, alates psühholoogilisest ja identiteedikriisist kuni majandus- ja poliitilise kriisini.

Kriisisekkumise korral on vaja hinnata, mis astme kriisiga on tegemist, sest see määrab esmase sekkumise taktikad.

1. tüüpi kriisi korral on olemas võimalus kriisile eelnenu tagasisaamiseks, olgu see kannatada saanud tervis, suhted, töö, kodu vmt. Sõltumata täieliku taastumise jaoks vajaminevast ajast on endise taastumise reaalne.

Siinjuures võib aga selguda konkreetset traumakogemusest sõltumatu keerukas asjaolu. Kui inimese kriisieelne elu oli talle vähe rahuldust pakkuv ja inimene ei soovi sinna tagasi, vaid tahab muutust, millele kriis andis tõuke, siis on vajalik täiendav tugi. Seega ei saa sel juhul kriisisekkumine olla piisav. See annab selgust, millal on vaja psühholoogi või psühhoterapeuti.

Toon siinkohal veel kord esile, et kriisinoostaja ei pruugi olla psühholoog, samas psühholoogil võib olla kriisinoostamise pädevus ja ta võib ka tegutseda kriisinoostajana, olles valmis akuutseks kriisisekkumiseks esmalt 72 tunni jooksul ja kriisinoostamise tehnikaid arvestavalt kogu akuutperioodi (ühe kuu jooksul), kuid sellel ajal tegutsemine ei ole klassikaline psühholoogiline nõustamine ega ammugi mitte psühhoteraapia, vaid panustamine sellesse, et järelabi, sh teraapiat ei olekski vaja.

2. tüüpi kriisi korral ei ole eelneva elu juurde tagasipöördumine enam võimalik. Selles olukorras on kriisisekkumise etapis professionaalsus eriti oluline, sest erinevad hilised tagasilöögid on senise identiteedi olulise vigastuse tõttu tõenäolisemad ja hilisema spetsialistidega koostöö tulemuslikkus sillutatakse just kriisisekkumise etapis. **Sellise kriisikogemusega patsient/klient vajab eriti teadlikku kontakti abistava spetsialistiga ja see paneb suure vastutuse pereõele.** Võimalik, et tegemist on juhtumiga, kus keegi ei kaasa pädevat nõustajat ja see tähendab, et on suur tõenäosus, et raske emotsionaalses seisundis patsient pöördub perearsti poole. Tal ei pruugi olla meditsiinilisi

näidustusi ja sagedamini see nii ongi, et ta vajab pigem tuge traumakogemuse mõtestamiseks ning enda ja lähedaste pereliikmete emotsioonidega toimetulekuks ning mujalt abi saamata, ootab ta seda pereõelt. Kui see tugi jääb akuutfaasis saamata, on eeldada suuremat vajadust hilisema arstiteo järele, sest halb enesetunne püsib ja visiidid korduvad. Inimene võib tinglikult jääda oma traumakogemusse kinni, ja on lõksus kuni selle mõtestamiseni, ka aastaid ja aastakümneid, kogedes perioodiliselt häirivat somatisatsiooni, mida meditsiiniline ravi võib, aga ei pruugi leevendada.

Psühholoogiline trauma kui äärmuslikult ebameeldiv olukord

Kriisist rääkides on kriisisekkumise kontekstis sama oluline mõiste **trauma** (kreeka keeles tähistab haava või vigastust). Algselt, 1650ndatel kirjeldati sellega füüsilist vigastust, psüühilise haavatavuse kirjeldamiseni jõuti 1894. aastal – sellest ajast on termin kasutusel ka kui ebalooslik stressi tekitav äärmuslikult ebameeldiv olukord (Etymology Dictionary).

Prantsuse arst ja psühholoog Pierre Janet sõnastas juba aastal 1889 psühholoogilise trauma peamised komponendid. Ta kirjeldas tänaste neuroteadlaste uuringutega kinnitatud kriisiolukorras tingitud psühholoogilise kohanemiskäime võimalust, mil inimene kogeb mingi sündmuse ajal ja järel äärmuslikult tajutavat kolme intensiivset emotsiooni: hirm, õudus ja abitus. Inimesel tekib sellises olukorras psühholoogilise kohanemise ülekoormus ja ta ei suuda iseisestvalt integreerida oma kogemust olemasolevatesse mäluüsteemidesse. Oskuslike rääkimistaktikate ja trauma mõju selgitamisega toimub pinget alandamine. Selle oskuse vajadust, kahjuks vahel ka ebapiisavust, on mulle kirjeldanud nii pereõed kui statsionaarse haiglaravi patsiendid kirjeldanud õed.

Posttraumaatiline stressihäire

Lisaks tuleks kriisisekkumise teema juures puudutada traumajärgse stressihäire tekkimise võimalust. Meditsiinis on hästi teada **posttraumaatilise stressihäire (PTSD)** sümptomaatika ja nii medikamentoossed kui ka psühhoteraapilised ravivõimalused. Praegu on koos kriisisekkumise järjest sel-

gema mõju mõistmisega ümberhindamisele minev ka PTSD ravi. Jõuliselt on seda sõnastanud Hollandi kliiniline psühholoog ja nüüdisajal valdkonna tuntud rahvusvaheline ekspert, Piirideta Arstide meeskonna koolitaja Fredrike Bannink. Oma eeskätt professionaalset patsiendi- ja klienditööd tegevatele spetsialistidele suunatud trauma- raamatus (1) toob ta esile, et traumakogemusega inimeste efektiivseks aitamiseks tuleks liikuda klassikalistelt psühhoteraapiatelt, mis on probleemikesksed, hoopis lahenduskesksele lühiteraapiale, et võita aega ja kogeda tervenemise käigus rohkem eduelamusi. Ennekõike selgitab ta, et Ameerikas tehtud ulatusliku uuringu käigus selgus, et 50–60% Ameerika elanikkonnast on mingil ajahetkel puutunud kokku traumaatilise sündmusega, ja ainult 8% neist koges kõiki sümptomeid sisaldavat PTSD-d. Sarnast tähelepanekut, et vaid 5–10% traumakogemusega inimestest on tõsisema hilisema abivajadusega, on kirjeldanud mitmed autorid, samuti minu praktika. Kulukat ja aega nõudvat psühhoteraapiat vajabki seega väga väike protsent inimestest, kuid selle üks eeldus on teadmis- põhine psühhosotsiaalne kriisisekkumine, eriti kui traumakogemus on olnud emotsionaalselt laastav.

Kriisisekkumine – nüüdisaegses tähenduses 80-aastane termin

Kriisisekkumise termini tekkimine viib üheselt arstide maailma, kuid ei jää ainult sinna. Esimesed ülestähendused kriisidest ja vajalikust sekkumisest pöördelistel hetkedel on teada 13. sajandi algul tegutsenud Vana-Rooma arstilt Galenoselt, kes pani need kirja raamatusse „De crisibus libri III“. See ei tähendanud aga psühhosotsiaalset sekkumist, ja nii saab öelda, et nüüdisaegses tähenduses on (psühhosotsiaalse) kriisisekkumise mõiste 80-aastane. Just nii kaua aega tagasi, 28. novembril 1942, toimus Ameerikas Bostonis suur ööklubi tulekahju (Cocoanut Grove'i tulekahju), mis nõudis 492 inimest. Kohe esimesel ööl tuli haigla psühhiaatriaosakonna juhul, dr Erich Lindemannil korraldada abi 114-le raske psüühilises seisus patsiendile. Õige pea tuli tal tõdeda, et arstide poole pöörduvad ka need, kellel meditsiinilist näidustust ei ole, kuid kes vajavad professionaali tuge läbielamise mõtestamisel. ➤

Kaks aastat hiljem (1944) kirjutas dr Lindemann selle juhtumi alusel artikli (2), mis on nüüdisaegse kriisisekkumise alguspunkt. Selles ta selgitas, et mitte iga ulatusliku traumakogemusega patsient ei vaja haiglaravi või ambulatoorset medikamentooset ravi, vaid vaatamata patsiendi nähtavalt häiritud psüühilisele seisundile piisab nn raviks üksnes tähelepanelikust ärakuulamisest ja mõtestatud rahustamisest, ning seda ei pea pakkuma arst, kui on olemas teadlikkus, mida ja kuidas rääkida. See oli esialgu nii revolutsiooniline mõte, et tekitas palju kriitilisi vastulauseid.

On igati arusaadav, miks kriisisekkumine ei ole kuulunud meditsiinipraksise teadvustatud ravimeetodite hulka – selle sisu ongi mittemeditsiiniline.

Kakskümmend aastat hiljem (1964) toetas Lindemanni teooriat temast 17 aastat noorem kolleeg, Massachusettsi üldhaigla psühhiaater ja ka Harvardi meditsiinikooli psühhiaatriaprofessor dr Gerald Caplan. Esimese arstina pärast Lindemanni rõhutat psühhosotsiaalse kriisisekkumise olulisust, kui kirjeldas üksikisiku kriisireaktsiooni nelja etappi:

- 1) pinge tõus, kui inimene kogeb emotsionaalselt ohtlikku kriisisündmust;
- 2) igapäevaelu häirumine, kui inimene ei suuda kriisi kiiresti lahendada;
- 3) pinge kiire kasv, kui inimene ei suuda leida lahendusi erakorralistele probleemidele;
- 4) depressioon või vaimne kollaps või kriisi osaline lahendamine uute toimetulekumeetodite abil.

Pärast nende kahe arsti olulist panust traumajärgse ravi mittemeditsiinilise, kuid oskusliku ja kiire sekkumise olulisuse selgitamise ja uue termini kasutuselevõttu jäi kriisisekkumine siiski peamiselt sotsiaaltöö ja psühhosotsiaalse abiga tegelevate spetsialistide meetodiks (pääste- ja politseivald-

konna terminid on näiteks kriisijuhtimine ja kriisireguleerimine). On igati arusaadav, miks kriisisekkumine ei ole kuulunud meditsiinipraksise teadvustatud ravimeetodite hulka – selle sisu ongi mittemeditsiiniline. Kui aga arvestada, et see mittemeditsiiniline sekkumine, mida rakendatakse teadlikult ja oskuspõhiselt, võimaldab hoida ära tulevikuhaigestumist ja korduvat ärevusseisundit tekkinud abivajadust, siis muutub kriisisekkumine ka meditsiinis väärtuslikuks, eriti patsiendiga esmasuhtluse korral pärast rasket läbielamist.

Olulise panuse kriisisekkumise teadmispõhiseks kasutamiseks sotsiaaltöös andis Haifa ülikooli sotsiaaltöö professor Naomi Golan oma raamatuga „Kriisilukordade ravi“ (Treatment In Crisis Situations, 1978), mis näitab sotsiaaltööspsialistidele klientidöö võimalusi traumajärgsel perioodil.

Veel mitmed olulised inimesed on pannustanud tänapäevase kriisisekkumise arengusse, loodud on erinevaid kriisisekkumise mudeleid. Ühe sellise autor, Ameerikas kriminaalõiguse ja sotsiaaltöö professorina töötanud Albert Roberts kirjutas 2005. aastal veebiväljaandes avaldatud artiklis: „Kriisisekkumist ei peeta enam mööduvaks moeröögatuseks ega tärkavaks distsipliiniks. Nüüd on see arenenud vaimse tervise erialaks, mis seisab iseseisvalt. Tuginedes tugevale teoreetilisele alusele ja praktikale, mis on sündinud enam kui 50 aasta pikkusest empiirilise ja kogemuslikust aluspõhjast, on kriisisekkumisest saanud mitmemõeteline ja paindlik sekkumismeetod.“ (3)

Samatähenduslikult on kasutusel pisut erinevad, kuid põhiselt samad terminid: **kriisisekkumine**, **lühiajaline kriisisekkumine**, **psühhosotsiaalne kriisisekkumine** ja **erakorraline sekkumine**. Peamine märksõna on **sekkumine**, ehk toimub inimese tahtest sõltumatu psühhosotsiaalne tugi, nagu ka kiirabiline meditsiiniabi õnnetusse sattumisel, kui ükski meedik ei küsi, kas abivajaja soovib näiteks elustamist. Füüsilise tervise ohustatuse korral on sekkumine lihtsamalt mõistetav, kuid psühholoogilise hulgitrauma korral on vajadus sama. Ameerika Psühholoogide Assotsiatsiooni sõnaraamat (APA Dictionary of Psychology) ütleb, et **kriisisekkumine** on:

- 1) parandav, mitte spetsiaalselt raviv lühiajaline psühhoterapia või nõustamine, et aidata üksikisikuid, perekondi

ja rühmi, kes on elanud läbi väga häiriva kogemuse, näiteks ootamatu kaotuse või katastroofi, kuivõrd kriisisekkumine võib hoida ära sellest kogemusest tulenevaid raskemaid tagajärgi, nagu posttraumaatiline stressihäire;

- 2) lühiajaline psühholoogiline sekkumine inimestele, kes erakorraliselt kogevad vaimse tervise kriisi, nagu äge psühhootiline episood või enesetapukatse.

Erakorralise sekkumise terminit kasutatakse valdavalt kolmel juhul, kui tegelemist on suitsidaalse või vägivalda kogenud inimesega või on mingi suhtlemisolukord põhjustanud ohvristavat traumakogemust. Sekkumise sisu on siis äkilisest ja (tavaliselt) ettenägematust sündmusest põhjustatud kahju minimeerimine või kõrvaldamine koheste meetmete kasutamisega, näiteks võib erakorraline sekkumine hõlmata vägistamisohvri toetamisel kliinilise intervjuu läbiviimist 24–78 tunni jooksul pärast vägistamist, et hinnata isiku seisundit, vähendada tõenäosust kogeda negatiivseid vaimse tervise tagajärgi ja töötada välja pikema plaanikogetu mõjust vabanemiseks.

Veebist on leitav ka autori üks varasem kriisisekkumist käsitlev artikkel (4). ■

Füüsilise tervise ohustatuse korral on sekkumine lihtsamalt mõistetav, kuid psühholoogilise hulgitrauma korral on vajadus sama.

Kasutatud kirjandus

1. Bannink F. 101 lahenduskeskset küsimust toimetulekuks traumaga. Tallinn: Mahena; 2022.
2. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry 1994 Jun; 151 (6): 155–160.
3. Roberts AR, Ottens AJ. The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. Brief Treatment and Crisis Intervention 2005; 5 (4): 329–339.
4. Naarits T, Meel L. Kriisisekkumise olemus ja roll üksikisiku sotsiaalse toe edendamisel kriisisituatsioonides. Rmt: Naarits-Linn T. Kriisisekkumine koolisuhetes. Tallinn: Namaste-Mahena, 2011.