

VÄÄRKOHELDUD LASTE JA NENDE PEREDE PSÜHHOLOOGILINE ABI.

Sisukord:

1. Sissejuhatus – eesmärk ja põhjendus
2. Väärkohtlemise definitsioon ja levimus
3. Väärkohtlemise tagajärjed lastel ja noortel: traumajärgsed psühholoogilised häired
4. Riskitegurite ja traumajärgsete probleemide hindamine
5. Psühholoogilise abi üldised põhimõtted
6. Psühhoterapeutilise abi mudelid ja meetodid: ravijuhendite ning ekspertide soovitusel
7. Traumakeskset psühholoogilist abi pakkuvate spetsialistide pädevused
8. Traumakeskselt töötavate spetsialistide töövõime hoidmine – koolitus ja supervisioon
9. Lühike psühholoogilist abi osutava spetsialisti pädevuse hindamise mudel.
10. Eesti spetsialistide seas läbi viidud küsitlus-uuringust kokkuvõte

1. Sissejuhatus – eesmärk ja põhjendus

Ekspertanalüüsi eesmärk on kaardistada väärkoheldud lastele ja peredele suunatud tõenduspõhised psühholoogilise nõustamise ning psühhoteraapia sekkumismudelid ja –meetodid. Samuti on üheks eesmärgiks koondada Eestis antud valdkonnas teenust pakkuvate spetsialistide kontaktid. Analüüsi olulise osana kirjeldatakse kõneksolevas valdkonnas psühholoogilist abi pakkuvate spetsialistide pädevusi mujal maailmas ja tegutsevate spetsialistide senist väljaõpet Eestis.

Ekspertanalüüsis tuginetakse teadlaste ja erialaorganisatsioonide poolt koostatud kokkuvõtetele ning meta- ja ülevaateartiklitele, mis käsitlevad väärkoheldud lastele ja noortele psühholoogilise abi osutamist. Samuti viidi läbi küsitlusuuring Eesti spetsialistide hulgas.

Töö tulemusena valmib ettepanekute koond, mis sisaldab erinevaid sekkumusmudeleid ning –meetodeid, mida Eestis võiks rakendada, hindamisvahendeid, mida erinevad spetsialistid (psühhiaatrid, psühholoogid, tervishoiutöötajad jm lastega töötavad spetsialistid) võiksid kasutada, milliseid täiendkoolitusi spetsialistid vajaksid ning milline võiks olla lisanduvate teenusepakkujate pädevuse hindamise mudel.

Analüüsi koostaja: Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc (kliinilise psühholoogia õpetaja, Tartu Ülikooli psühholoogia instituut; kliiniline psühholoog, psühhoterapeut), omab väljaõpet kognitiiv-käitumisteraapias (superviisori pädevusega), skeemiteraapias ning algväljaõpet pereteraapias, lahenduskeskses lühiteraapias. On õppinud spetsiifilistel trauma-keskse psühhoteraapia koolitustel Oxfordi Kognitiivse Teraapia keskuses, osalenud EMDR-i väljaõppe koolitusel. Omab psühhoterapeudina praktilise töö kogemust traumata kogunud täiskasvanute ja noortega.

Töös kasutatud allikad, sh trauma-spetsiifiliste ravijuhendite, ülevaadete ja muude soovituslike dokumentide loetelu on toodud töö lõpus.

Eestis kasutusel olevate meetodite ja vahendite kaardistamiseks viidi läbi küsitlusuuring. Uuringusse kaasati spetsialistid, kes end identifitseerivad väärkoheldud laste ja noorukite abistajatena (psühholoogid, psühhiaatrid). Pöördumine edastati mitmete tööalaste e-kirjalistide kaudu (Ohvriabiga koostööd tegevad psühholoogid, psühhiaatrid; Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Psühhiaatrite Selts; Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit; Eesti Kognitiivse

Käitumisteraapia Assotsiatsioon; Psühhotrauma huviliste /spetsialistide/ kirja-list) ning selles osales kokku 24 vastajat. Tulemustest on antud ülevaade peatükis 10.

2. Väärkohtlemise definitsioon ja levimus

Suur osa vägivallast laste ja noorte vastu hõlmab vähemalt ühte alljärgnevatest interpersonaalse vägivalda liikidest, mida lapsed võivad kogeda: väärkohtlemine, kiusamine, noorte omavaheline vägivald, lähisuhtevägivald, seksuaalne väärkohtlemine, emotsionaalne ja psühholoogiline vägivald (WHO, 2016). Käesolevas töös keskendume väärkohtlemisele üldisemalt, võttes arvesse nii vanemate, hooldajate või teiste lapse jaoks oluliste inimeste poolset füüsilist (sealhulgas vägivaldne karistamine), seksuaalset kui psühholoogilist/emotsionaalset vägivalda ning hooletusse jätmist.

Alljärgnevalt on toodud väärkohtlemise liikide definitsioonid.

- **Seksuaalne väärkohtlemine** (*sexual abuse*) – täiskasvanu või nooruki poolt lapse suhtes või lapsega sooritatud seksuaalne tegevus või selle imitatsioon, mille puhul väärkohtleja kasutab oma mõjuvõimu, teeb ähvardusi või kuritarvitab asjaolu, et kannatanu ei ole võimeline keelduma.
- **Füüsiline väärkohtlemine** (*physical abuse*) – iga tahtlik käitumine, mille eesmärk on kehaline kahju lapsele (sisaldab löömist, raputamist, mürgitamist, põletamist, lämmatamist jms).
- **Emotsionaalne/psühholoogiline väärkohtlemine** (*emotional abuse*) – lapse psühholoogiline, vaimne väärkohtlemine, mis toob kaasa tema emotsionaalsele arengule tõsiseid kahjusid.
 - Nt alandamine, kriitilisus, laps ei tohi väljendada oma arvamust, mitte-eakohased ootused lapsele, kiusamine, ähvardamine, kroonilist negatiivset stressi tekitavate sündmuste pealt nägemine/osalemine neis, narrimine, sõpradega suhtlemise keelamine, vanemate mitte-kättesaadav olemine jms
- **Hooletusse jätmine ehk hülgamine** (*neglect*) – lapse eest vastutavate inimeste poolt lapse normaalseks eakohaseks arenguks vajalike vajaduste mittetäitmine.
 - **Emotsionaalne hooletusse jätmine** (*emotional neglect*) – lapsevanem/hooldaja jätab meelega või tahtmatult järjepidevalt tähelepanuta lapse emotsionaalsed vajadused (tähelepanu, turvalisus). Sisaldab muuhulgas hoolimise mitteväljendamist, lapse tõrjumist, emotsionaalsete vajaduste ignoreerimist.
 - **Füüsiline hooletusse jätmine** (*physical neglect*) – lapsevanema/hooldaja poolse igapäevase/tavapärase hoolitsuse mittepakkumine, mis toob kaasa tõsise ohu lapse füüsilisele tervisele (ei sisalda vaesust).

2017. aastal koges maailmas umbes 1 miljard last vanuses 2-17 mingisugust väärkohtlemise vormi (WHO, 2018). Umbes veerand täiskasvanutest on kogenud lapsepõlves füüsilist väärkohtlemist; kusjuures üks viiest naisest ja üks kolmeteistkümnest mehest on lapsepõlves kogenud seksuaalset väärkohtlemist (WHO, 2016).

Erinevate väärkohtlemise vormide eluagne levimus Maailma tervisohiuorganisatsiooni (WHO, 2014) andmetel on järgmine:

- Psühholoogiline väärkohtlemine – maailmas tervikuna kogeb 36% lastest ja Euroopas 15% lastest oma elu jooksul vähemalt korra
- Füüsiline väärkohtlemine – maailmas tervikuna 23% lastest ja Euroopas 12% lastest
- Seksuaalne väärkohtlemine (tüdrukud) – maailmas tervikuna 18% tüdrukutest

- Seksuaalne väärkohtlemine (poisid) – maailmas tervikuna 8% poistest
- Seksuaalne väärkohtlemine (tüdrukud poisid) – Euroopas 9% lastest.
- Hooletusse jäetus – maailmas tervikuna 16% lastest ja Euroopas 9% lastest.

Kui võtta arvesse spetsiifilisemaid sihtrühmi, siis võib väärkohtlemise esinemine oluliselt kõrgem olla. Nii on näiteks kasuperedesse suunatud lastest hinnanguliselt $\frac{3}{4}$ kogenud hooletusse jäetust (*American Society for the Positive Care of Children*, 2019). Samuti on teada, et kui lapse vanemad on ise kannatanud väärkohtlemise all lapsepõlves, kuritarvitavad alkoholi või muid aineid, või on seotud (kannatanuna või väärkohtlejana) muude vägivalda liikidega (nt lähisuhtevägivald), on lapse oht saada väärkoheldud kõrgem (WHO, 2016).

3. Väärkohtlemise tagajärjed lastel ja noortel: traumajärgsed psühholoogilised häired

Lapsepõlves kogetud traumaatilised kogemused mõjutavad last tervikuna, nii tema neuroloogilist, emotsionaalset kui sotsiaalset arengut tuues kaasa lühi- ja pikaajalist häirumist nendes valdkondades. Depressioon, suitsetamine, ülekaal, kõrge riskiga seksuaalkäitumised, soovimatu rasedus, alkoholi ja muude ainete kuritarvitamine, sattimine vägivalda ohvriks või ise vägivalda sooritamine; aga ka südamehaiguste, vähi, suitsiidi ja seksuaalsel teel levivate haiguste riski suurenemine on sagedamini esinevad tervisekahjustused väärkohtlemise tagajärjedena (WHO, 2016).

Väärkohtlemise kogemine lapsepõlves tõstab erinevate probleemide esinemise riski (WHO, 2014):

- terviseprobleemid** - 2,3 x suurem risk vaimsete ja neuroloogiliste häirete suhtes, 1,5 x suurem risk tervistkahjustavateks käitumisteks, 2,5 x suurem tervise teenuste tarbimine;
- sotsiaalsed ja käitumisprobleemid** - 41,2 x suurem risk kiindumussuhte probleemideks, 3,5 x suurem risk kehvemaks emotsionaalseks toimetulekuks, 2,4 x suurem risk madalamaks eluga rahuloluks;
- madalam kognitiivne ja akadeemiline võimekus** - 1,8 x suurem risk kognitiivseks mahajäämuseks, 1,3 x suurem risk akadeemilisteks raskusteks, 1,3 x suurem risk keelearengu raskusteks;
- majanduslikud probleemid nii kitsamas** - 1,1 x suurem risk väärkohtlemist kogenul langeda mängusõltuvusse nooruki- ja täiskasvanueas - kui laiemas vaates - toob kaasa riigi majanduse ja sotsiaalse arengu aeglustumise.

Traumajärgselt võivad kogeda inimesed erinevaid psühholoogilisi häireid, kuid spetsiifilised on post-traumaatiline stressihäire (lüh. PTSH), kompleks-post-traumaatiline stressihäire (lüh. kompleks-PTSH) ning kiindumussuhte häired.

Käesolevas ülevaates ei käsitleta eelkõige töö mahu piirangutest lähtuvalt eraldi dissotsiativseid häireid (küll on fookuses PTSH alatüüp dissotsiativsete sümptomitega), isiksusehäireid ja muid psühhiaatrilisi seisundeid, mis võivad samuti traumaatilise kogemuse järgselt esineda.

Häirunud traumareaktsiooni aluseks on traumaatilise sündmuse poolt põhjustatud kesknärvisüsteemi toimimise häirumine (ajupiirkonnad, mis vastutavad kogemuste töötamise ja salvestamise eest, on emotsionaalselt ülekoormatud ehk funktsioneerivad n.-ö.ohu-režiimis), mistõttu ei toimu mälestuste tavapärasest töötlust ning salvestumist. See tähendab, et

sündmusega seotud informatsioon salvestub enamasti situatiivselt juurdepääsetava informatsioonina ning sellele on puudulik verbaalne ligipääs (Brewin et al 1996). Lihtsalt väljendudes salvestub info traumakogemuse hetkel tajutud kogemusena ning sellele ei järgne tähenduse ümbertöötlust – mis tähendab, et oht/stress on tajutud justkui pideva ja püsivana. Arvestama peab, et mida varasemas eas on trauma aset leidnud või kui traumaatiline kogemus on olnud pidev, siis on aju tegevus häiritud tõsisemalt. Igal juhul tähendab häirunud traumareaktsioon puudulikku eneseregulatsiooni võimekust ning puudulikku või puudu olevat kiindumussuhte töömudelit. Soovi korral saab lapse neoroloogilise arengu häirumisest trauma tagajärjel täpsemalt lugeda eesti keeles Wielandi, Riisi Sotsiaaltöö ajakirjas 2012.a. ilmunud artiklist.

Järgnevalt tutvustatakse järgmisi traumaatilise kogemuse järgselt tekkida võivaid psühholoogilisi häireid:

- post-traumaatiline stressihäire (lüh PTSH) - diagnoosina kasutusel maailmas alates 1980.aastast; alates 2013.a lisandusid eelkooliealistele lastele kohandatud kriteeriumid (DSM-5).
- kompleks-post-traumaatiline stressihäire (lüh kompleks-PTSH) – diagnoosina kasutusel alates 2018.aastast (ICD-11), lastele kohandatud diagnostilisi kriteeriume ei ole.
- kiindumussuhtehäired (alates 2013.a-st kasutusel diagnoosidena reaktiivne kiindumussuhtehäire ning sotsiaalselt pidurdunud kiindumussuhtehäire, DSM-5).

Häirete kirjeldamisel lähtutakse kahest, maailmas enim levinud häirete klassifikatsioonisüsteemist: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013; lühend DSM; alates 2013.a. kasutusel DSM-i 5. versioon) ning Rahvusvaheline Häirete Klassifikatsioon (WHO, 2018; eesti k. lühend RHK; *International Classification of Diseases*, alates 2018.a. kasutusel ICD 11.versioon).

Post-traumaatiline stressihäire

PTSH diagnoosimine lastel ja noortel on viimase ajani toimunud täiskasvanutega samade kriteeriumite alusel. Alates DSM-5 (APA, 2013) versioonist on olemas ka lastele kohandatud kriteeriumid. RHK (WHO, 2018) piirdub ka oma värskemal versioonis ühtse diagnoosiga kõikidele vanuserühmadele.

PTSH kui häire diagnoosimise esimene kriteerium on traumaatilise olukorra kogemine.

Täpsemalt, kui ollakse kogenud ise või pealt näinud oluliste inimestega juhtunud õnnetust, vägivalda või tõsiselt ähvardavat olukorda, aga laste puhul ka teada saamine vanema/hooldajaga juhtunud traumaatilise sündmusest.

PTSH avaldub järgmiste sümptomite rühmadena:

- traumaatilise kogemuse taaskogemisenähtena pealetükkivate mälestuste, mälusähvatuste ja/või õudusunenäguena, millega kaasneb enamasti tugev ja kõikehõlmav emotsionaalne ja/või füüsiline reaktsioon;
- sündmusega seotud mõtete ja mälestuste või sündmust meenutavate situatsioonide, tegevuste või inimeste vältimisena; ning
- pideva kõrgeks tõusnud häiritusena (näiteks une, keskendumise häiritus, kerge ehmumine, kergest ärritumine ja vihastamine).
- Negatiivne meeleolu ja kognitsioonid (ainult DSM-5-es; näiteks masendus, lootusetus, süü; tuju muutused; negatiivne mina-pilt; võimetus meenutada teatud osi sündmusest).

Sümptomid peavad diagnoosi täitmiseks olema kestnud vähemalt kuu aega (DSM-5 järgi) või mõned nädalad (RHK-11 järgi) peale sündmus(t)e kogemist. Sümptomid peavad olulisel määral häirima lapse/noore toimimist.

DSM-5-es eristatakse veel alatüübina dissotsiatiivsete sümptomitega PTSH-d, mille korral kogetakse kirjeldatud sümptomite kõrval olulist häiritust kas depersonalisatsiooni (tunne nagu ollakse oma kehast eemaldunud, vaadatakse ennast justkui kõrvalt) või derealisatsiooni tunde (tunne nagu maailm oleks ebareaalne, moondunud, eemal) näol.

Väikelastel (DSM-5, alla 6.a laste kriteeriumid PTSH diagnoosimiseks) **võib traumaatilise sündmuse taaskogemine avalduda korduvate traumateemaliste või selle mõnda aspekti peegeldavate mängudena (nn traumaatiline mäng)**. Tuleb arvestada, et hoolimata käitumuslikult sündmuse läbielamisest, ei pruugi laps osata verbaliseerida oma kogemuse sisu (ehk laps mängib traumasid, aga ei oska seletada, miks just sellist mängu). Korduvad halvad unenäod last traumeerinud sündmusest on tavalised, aga väikelastel võib see avalduda ka ilma arusaadava sisuta hirmutavate unenägedena (ehk ei pea olema tingimata otseselt toimunud sündmust meenutavad). Iseloomulik on üldine tugev psüühiline häiritus traumaatilist sündmust meenutavate või seda sümboliseerivate stiimulitega kokku puutudes.

Vältimise sümptom avaldub väikelastel üldises püüus vältida tegevusi, kohti või inimesi, mis meenutavad traumaatilist sündmust, sealjuures tuues kaasa märgatavalt kahanenud huvi või vähenenud osavõtu lapsele olulistest tegevusvaldkondades (mängude piiratus); sotsiaalse tagasitõmbumisena suhtlemisel, emotsionaalsuse vähenemisena (nt vähenenud kiindumisvõime) ning arengu käigus varem omandatud võimete/oskuste kadumisenä/vähenemisena (näiteks, eneseteenindus, tualettruumi kasutamine, kõne, suhtlemine).

Häirituse sümptom avaldub väikelastel sageli uinumiskeskuste või rahutu unena; ärrituvuse või vihapursetena, mis võivad avalduda äärmiselt tugevate jonnihooegade ja närvilisusena; tähelepanuvõime häirimisena; püsimatuse, ülemäärase liikuvusena; ning kõrgeenenud ehmumisvalmidusena.

Lisaks peab väikelaste puhul PTSH diagnoosi kinnitamiseks esinema vähemalt üks sümptom järgnevatest: trauma kogemise järgselt tekkinud lahtumiskartus; agressiivsus; või uued hirmud (neil võib olla aga ei pruugi olla ilmne või otsene seos traumaga, näiteks kartus minna üksinda vannituppa, pimedusekartus, üksijäämise kartus). Lastel esineb kõige enam sümptome just sellest alajaotusest.

PTSH kliiniline pilt kooliealistel lastel (7.-12.a.; Liivamägi, 2011, lk 101)

- hõivatus üleelatud sündmuse meenutamisest, kogetud sündmuse üha uuesti läbielamise tunne;
- mängus kogu sündmuse või selle osade läbimängimine;
- suurenenud ärevuse sümptomid, kartus lapsele lähedaste isikute tervise või heaolu pärast, häbitunne;
- mitmesugused kehalised vaevused (enamasti pea-, kõhu- või liigesevalud)
- muutunud virgeseisundi sümptomid (liigerksus);
- unehäired (uinumiskeskused, rahutu uni, halvad unenäod, unerütmi muutus);
- desorganiseeritud/häiriv käitumisviis: lõhkuv, hävitav, pahandusttekitav, ennast väljaelav käitumine, raevupursked;
- suhtlemiskeskused, mõtete koondamise raskused ja õpiedukuse halvenemine.

PTSH kliiniline pilt noorukitel (13.- 18.a.; Liivamägi, 2011, lk 102)

- Enamasti PTSH sümptomid sarnased täiskasvanutega. Osal juhtudel võib välja kujuneda naudinguid taotlev käitumisstiil, trotslikkus või vaenulikkus vanemate vastu, riskialdis või asotsiaalne käitumisviis. Teistel on suurem ebakindlus, kartlikkus, kõhklevus, emotsionaalsete olukordade vältimine ja piiratum kohanemisvõime elus.
- Iseloomulik on:
 - ärevuse kõrgenenud tase, raskused eneseregulatsiooni ja kehtestamisega;
 - pahur meeleolu (düsfooria) või depressioon (eriti seksuaalse väärkohtlemise korral);
 - süü-, raevu-, hirmu- ja pettumustunded
 - hirm tuleviku ees või perspektiivituse tunne
 - eri situatsioonides ilmneb kalduvus üle- ja alareageerimiseks, sageli avaldub riskikäitumine. Käitumuslikust aspektist võivad noorukid oma meelehäarmi välja elada nt agressiivsusega teiste või enda vastu (enesevigastused, suitsiidiahvardused ja -katsed) või teiste heakskiitu taotleva seksuaalkäitumisega, alkoholi ja narkootikumide tarvitamisega.
 - Tähelepanu- ja abstraktse mõtlemisvõime ning tekkinud probleemides orienteerumise ja nende lahendamise raskused;
 - elukorraldusega toimetuleku raskused, konflikte provotseeriv käitumine koolis ja perekonnaringis, sõprade asendumine käitumishälvetega „sõpradega“.

Lapse/noore trauma kogemine mõjutab perekonna funktsioneerimist. Lapsevanemad võivad tunda end läbikukkununa lapse turvalisuse eest hoolitsemisel ja võtta seetõttu lapse suhtes ülehoolitseva hoiaku. Lapsevanemad võivad olla ise oluliel määral häiritud toimunust ja kogeda erinevaid tugevaid emotsioone (süütunne, viha, häbi, kurbus jne), see kõik mõjutab peresuhteid ja üldist toimimise võimekust (muuhulgas lapse võimalust saada toetust). Kui traumaatiline sündmus on peresisene (näiteks, ühe vanema poolne väärkohtlemine), siis lisandub sinna segadus, hirm, süü jm erinevad emotsioonid seoses olukorra lahendamisega.

Kokkuvõtlikult, PTSH avaldub lapse- ja noorukieas järgmiste tunnustena:

- **Kiindumussuhe** – probleemid suhete, piiridega, empaatiaga, sotsiaalse kõrvalejätusega
- **Füüsiline tervis** – somaatilised kaebused, pidurdunud sensorimotoorne areng, koordinatsiooniprobleemid, meditsiinilised probleemid
- **Emotsiooniregulatsioon** – raskused tunnete märkamise ja nimetamisega ning vajaduste kommuniqueerimisega
- **Dissotsiatiivsus** – mälu probleemid, muutunud teadvuses seisundid
- **Kognitiivne võimekus** – probleemid keskendumise, õppimise, uue informatsiooni omandamisel, keele omandamisel, tegevuste planeerimisel; ajas ja kohas orienteerumisel
- **Mina-pilt** – järjepideva enesetunnetuse probleemid, kehataju probleemid, madal enesehinnang, süü, häbi
- **Käitumuslik kontroll** – impulsiivsuse kontrollimise raskused, agressiivsus, häiritud söömise ja unemustrid, käitumisprobleemid, trauma taaskogemine.

Kompleks-PTSD

Alates 2018. aastast ICD-11 alusel (WHO, 2018) on diagnoosina ametlikult kasutusel **kompleks-PTSH sündroom, mis kujuneb lapsepõlves kogetud ning pikema aja jooksul toimunud ja/või korduvate traumaatiliste kogemuste tagajärjel.**

Kompleks-PTSH tekib selliste traumaatiliste kogemuste tagajärjel, mida iseloomustab äärmuslik traumaatilisus ning väljapääsmatuse tunne.

Kompleks-PTSH-d iseloomustavad eelpool kirjeldatud PTSH sümptomid ning lisaks tõsised probleemid:

- emotsioonidega toimetulemises (afektiregulatsioonis),
- mina-pildis (uskumused endast kui väärtusetust, alaväärses või allasurutust, millega kaasneb sügav ja pidev häbi, süü või ebaõnnestumise tunne seotuna traumaatilise kogemusega) ning
- pidevad raskused suhete hoidmisel ja teistega läheduse tundmisel (laste puhul eelkõige kiindumussuhte häirumine).

Sarnaselt PTSH-le, põhjustab see inimesele olulisel määral häiritust erinevate oluliste eluvaldkondadega toimetulekus. Kompleks-PTSH sündroomi eristamise vajadust põhjendatakse muuhulgas vajadusega PTSH-est erinevalt sekkuda psühhoteraapeutilises mõttes (Liivamägi, 2011, lk 115).

Käesolevalt lastele mõeldud spetsiifilisi häiretunnuseid ametlikult kinnitatud ei ole, mistõttu kasutatakse häirituse hindamisel täiskasvanutele mõeldud kriteeriume. Üldiselt mõistetakse laste ja noorte puhul kompleks-PTSH-d (ehk komplekstraumat) kui häirumist kiindumussuhte turvalisuses; afektiivses, käitumuslikus, bioloogilises regulatsioonis; mina-pildis ja tõlgendustes; ning probleemset dissotsieerumist (Cook et al, 2005).

Kiindumussuhtehäired

Kiindumussuhte muster kujuneb lapsel 8-9 elukuuks ja sellest saab nõo töömudel edasiste suhete toimimisel ehk **iseloomulik viis reageerida olulise inimese eemalolekule - turvaline seotus, ärev-vältiv, ambivalentne ja segadust väljendav (*disoriented/disorganized*) seotus.**

Kiindumussuhte muustrit iseloomustab vastastikusus (tugev vastastikune sõltuvus, intensiivsed vastastikused tunded) ja emotsionaalne seotus (Maar, 2016). Kui arengu käigus kogeb laps vanema/hooldaja poolset väärkohtlevat käitumist, sealhulgas hooletusse jätmist, kujuneb välja kiindumussuhte häire.

Käesolevalt on DSM-5 ja ICD-11 alusel kiindumussuhte häirumisega seotud probleemid esitatud varasema ühe – reaktiivne kiindumussuhte häire – asemel kahe eraldi sündroomina ja tegemist on seisunditega, mida diagnoositakse ainult lastel.

1. **Reaktiivne kiindumussuhte häire (*reactive attachment disorder*)** on harv, aga tõsine häire, mis seisneb selles, et imikul või väikelapsel ei kujune tervet kiindumussuhet oma vanemate või hooldajatega. Häire kujunemise eeldus on vanemate/hooldajate poolne hooletusse jätmine või väärkohtlemine, mis tähendab sisuliselt, et lapse baasvajadused lohutuse (comfort), emotsionaalse läheduse (affection) ja hoolitsuse (nurturing) järele ei ole piisavalt või asjakohaselt rahuldatud tema eest hoolitsevate täiskasvanute poolt.

DSM-5 (APA, 2013) järgi on häire tunnusteks:

- Mahajäämus arengus
- Kehvad eneshoolitsuskäitumised ja –harjumused
- Mahajäämus mootorika arengus ning lihaste hüpertoonia
- Segaduses, mitte-keskendunud, hajali olek (näiteks põhjendamatu kinnisus, hirm, kurbus või ärrituvus)
- Ilmetu nägu, pilgus puudub sära ja rõõm (näiteks kurb ja tuim olek, ei naerata)
- Suhtlusolukorras ei reageeri tavapärasel viisil (näiteks ei otsi ise lohutust või ei reageeri lohutusele kui seda pakutakse; ei tunne huvi interaktiivsete mängude vastu, nt peituse mängimise vastu)

Selle häirega lapsed ei suhtle ise suure tõenäosusega teiste inimestega, sest neil on olnud negatiivsed kogemused täiskasvanutega oma varases eluperioodis ja see on teinud neid ettevaatlikuks; neil on raskusi enda maha rahustamisega, kui miski neid ärritab, muuhulgas ei otsi nad lohutust oma lähedastelt isikutelt. Neil lastel ei paista olevat emotsioone või on neid minimaalselt (AACAP; 2016).

Suurem risk on selle häire kujunemiseks sellistel lastel, kes kasvavad lastekodus või muudes institutsioonides; peavad sageli oma elupaika (nt lastekodusid) või hooldajaid vahetama; kelle vanematel on kas vaimse tervise, kriminaalse käitumise või ainete kuritarvitamisega seoses probleeme mis mõjutavad nende vanemlikkust; või on pidanud olema vanematest/hooldajatest pikema aja jooksul eemal (näiteks, haiglaravil).

2. **Sotsiaalselt pidurdunud kiindumussuhte häire** (*disinhibited social engagement disorder*)

Sarnaselt reaktiivse kiindumussuhte häirega, ei ole selle häirega lapsel kujunenud tervet emotsionaalset lähedust oma vanemate/hooldajatega ning see on tagajärg hooletusse jätmisele või muule väärkohtlemisele.

Selle häire iseloomulikeks tunnusteks on (DSM-5, APA, 2013):

- Võõrastega suhtlemisel puuduv või puudulik ettevaatlikkus, hirmukus
- Üleliia familiaarne verbaalne ja/või füüsiline käitumine (arvestades kultuurilisi ja eakohaseid norme), näiteks võõra kallistamine
- Vähenenud või üldse puuduv vajadus kontrollida vanema või hooldaja lähedalolu, kui laps on võõras kohas või vanem/hooldaja eemaldub
- Ei pelga üldse või näitab üles minimaalset kõhklust võõraga kaasaminemise suhtes

Võrreldes reaktiivse kiindumussuhte häirega lastega on nemad emotsionaalsemad ja sotsiaalsemad. Nad on tihti pealetükkivad ja puudulike sotsiaalsete ning füüsiliste piiridega, samuti on iseloomulik neile tähelepanuotsiv käitumine (AACAP; 2010).

Suurem risk on selle häire kujunemiseks emotsionaalset hooletusse jäetust kogunud lastel, aga ka neil, kes on pidanud sageli oma elupaika ja ka hooldajaid vahetama nii et neil ei ole olnud aega stabiilsete suhete kujunemiseks; ning neil, kes on kasvanud sellistes tingimustes, mis ei ole toetanud selektiivse kiindumussuhte kujunemist (näiteks institutsioon, kus on hooldajate arv hooldatavate laste kohta liiga väike).

4. Riskitegurite ja traumajärgsete probleemide hindamine

Riskitegurid.

Teatud tegurid (lapse, tema pere ja laiema keskkonnaga seotult) suurendavad ühelt poolt lapse võimalust sattuda traumaatilise sündmuse ohvriks, teiselt poolt suurendavad traumaatilise kogemuse järgselt post-traumaatilise stressihäire või muude psühholoogiliste probleemide kogemist.

WHO (2016, 2018) andmetel on mitmeid riskitegureid, mis suurendavad tõenäosust, et laps võib sattuda väärkohtlemise ohvriks. Lapse puhul on selleks näiteks vanus (väikelapse või noorukiiga), kasvamine peres, kus laps ei ole olnud perre oodatud, erivajadused või emotsionaalne tundlikkus (näiteks laps nutab palju). Suuremas riskis on lapsed ja noored, kes näevad välja või käituvad harjumuspärasest keskmisest (grupis, ühiskonnas) teistmoodi (näiteks füüsilise eripäraga, homoseksuaalse orientatsiooniga, muutunud sooidentiteediga), või kellel on probleeme näiteks alkoholi tarvitamisega. Nendel lastel ja noortel on oht seetõttu sattuda negatiivse tähelepanu alla. Erinev olemine toob kindlasti kaasa ka mitmeid psühholoogilisi probleeme – stressi kõrgenemine, meeleolu langus, enesehinnangu probleemid jms – mis muudab lapse ja noore haavatavamaks väärkohtlemise suhtes.

Laste ja noorte puhul tuleb riskiteguritest rääkides arvestada vanemate, perekonnaga seotud aspektidega. Trauma kogemine on tõenäolisem lastel, kelle vanematel on raskusi nendega emotsionaalse sideme loomisel, kellel on vähesed vanemlikud oskused (sh hoolitsemine lapse vajaduste eest) ja teadmised lapse arengust või omavad ebarealistlikke ootusi lapse suhtes.

Vanemad, kes on ise kogenud lapsena traumasid, kes kuritarvitavad alkoholi või muid aineid (eriti raseduse ajal) ja/või on sattunud kriminaalsetesse või majanduslikesse raskustesse, mõjutavad oma lapse riski sattuda trauma ohvriks. Kui laps on traumasid kogenud, siis mõjutab tema traumajärgse seisundi kujunemist see, kuidas tema lähim suhetekeskond suudab talle pakkuda toetust ja abi. Olulisel määral raskendab olukorda lapse jaoks see, kui trauma tekitajaks on lapsele lähedane või isegi usaldusisik.

Laiemas kontekstis mõjutab lapse traumaatilise kogemuse tõenäosust pereliikmete terviseprobleemid (eriti vaimse tervise probleemid), vanemate lahusus või vägivald pereliikmete vahel, ühiskonnas isoleeritus või toetavate suhete puudulikkus (WHO, 2016). Sama allikas toob välja ka tegureid, mis mõjutavad lapse traumaohvriks sattumise tõenäosust kogukonna ja ühiskonna tasandil. Nendeks võivad olla näiteks alkoholi ja narkootiliste ainete kerge kättesaadavus, sotsiaalne ebavõrdsus, töötuse ja vaesuse kõrge tase, laste väärkohtlemise, pornograafia ja prostitutsiooni ja lapstööjõudu puudutavate seaduslike regulatsioonide puudulikkus või puudumine, sotsiaalsed ja kultuurilised normid vägivalla, sh kehalise karistamise osas.

Lapse reaktsiooni traumajärgselt mõjutab enamus eelpool toodud aspekte, aga lisaks ka nende temperament (nn raske temperamendiga lapsed kogevad enam raskusi traumajärgses toimetulekus; vt tekstikast), pereliikmete suure ärevuse või meeleheite pealtnägemine (eriti väikelastel), ning noorukite puhul mõjutab reaktsioonide olemust ja kulgu lisaks perele ka eakaaslaste tagasiside. Häire kujunemise riski suurendavad korduv sama liiki trauma esinemine või krooniline psühhotraumeeriv situatsioon, aga ka varasemad traumaatilised kogemused ja varem esinenud (eriti ravita jäänud) psüühikahäired.

Tekstikast: Temperament (Chess, Thomas, 1996)

Temperament on kaasasündinud tendents, kuidas laps reageerib ümbritsevale keskkonnale, sh teistele inimestele. Eristatakse kolme stiili: kerge, aeglaselt soojenev ning raske temperament, kusjuures ükski neist ei tähenda, et laps oleks hea või halb, vaid pigem on tegemist lapse reageerimise viisidega.

Kerge temperamendiga lapsed (umbes 40% lastest) on kohanemisvõimelised, positiivse meeleoluga, mitte-intensiivsete reaktsioonidega ümbritsevale, uudishimulikud uute situatsioonide suhtes, regulaarse bioloogilise rütmiga (söömises, magamises).

Raske temperamendiga lapsi on umbes 10% ja neile on iseloomulik kõrgenenud, sageli impulsiivne aktiivsus, ülitundlikkus sensoorse stimulatsioonis suhtes, madalam muutustega kohanemise võime, intensiivsus tunnete väljendamisel, kergesti häiritavus väliste segajate ja ärritajate poolt, negatiivne meeleolu ja võimetus ise rahunema, ebaregulaarsus bioloogilistes rütmides nagu söömine ja magamine, kiire tüdinemine tegevustes.

Aeglaselt soojeneva lapse (umbes 15% lastest) puhul on suur kokkulangevus raske temperamendi kirjeldusega, kuid need lapsed on võimelised kohanema, kui neile antakse võimalus seda teha omas rütmis (st nad ei talu survestamist).

Eesti keeles võib lugeda juurde: Liisa Keltikangas-Järvinen „Temperament ja kooliedu“.

PTSH hindamine

PTSH ravis on oluline häirituse võimalikult varajane tuvastamine, sest mida varem ravi alustada, seda suurem on paranemise tõenäosus ja vähem ressursi (näiteks psühhoteraapia pikkus) on vaja. Juba ainuüksi seetõttu peaks igasugune psühhiaatiline ja psühholoogiline hindamine tavapraktikana lastega ja noortega töötamisel sisaldama ka küsimusi võimaliku traumakogemuse kohta, isegi kui suunamises puudub viide traumale (AACAP, 2010). Hindamine jaguneb kaheks: esmane skriinimine ning psühholoogiline hindamine.

Tekstikast.

Hindamine on süstemaatiline info kogumine inimese toimimise kohta, sh tema emotsionaalse seisundi, toimetuleku, vaimse arengu ja isiksuse kohta.

Hindamist viiakse läbi lapse probleemide mõistmise ja psühholoogilise abi kavandamise jaoks.

Skriinimine – probleemide ja/või sümptomite esmane sõelumine (sageli väljaspool kliinilise psühholoogia ja psühhiaatria konteksti, näiteks sotsiaaltöötaja või pererasti poolt), milleks kasutatakse tavaliselt lühemaid, vähe aega nõudvaid (adapteeritud ja standardiseeritud) teste; eesmärk on sõeluda välja potentsiaalselt häirega lapsed;

Psühholoogiline hindamine – mitmekülgne, põhjalik häire tunnuste suhtes hindamine, milleks kasutatakse erinevaid meetode nagu kliiniline intervjuu (küsitlemine häiretunnuste osas), struktureeritud või poolstruktureeritud diagnostiline intervjuu, käitumise vaatlus, psühholoogilised standardiseeritud testid jms; eesmärgiks hinnata probleemide olemust ja väljendumise intensiivsust, ning sümptomite vastavust häire kriteeriumitele. Psühholoogilist hindamist viib läbi kliiniline psühholoog.

Eestis on kasutusel või kohandamisel näiteks järgmised hindamisvahendid traumajärgse seisundi hindamiseks:

Sündmuse mõju skaala (*Children revised Impact of Event Scale, CRIES-13; Children and War Foundation, 2005*) – skriinimiseks

Laste PTSH sümptomite skaala (*Child PTSD Symptom Scale, CPSS-5-SR; Foa et al, 2018*)

Skriinimine peaks olema integreeritud tavapärasesse teenustesse (näiteks perearsti vastuvõtt, lastekaitsetöötaja kontakt perega, sotsiaalpedagoogi kontakt lapsega koolis jne) ning kasutatavad vahendid selleks (k.a. vestluse käigus kasutatavad küsimused) peavad olema eakohaseks kohandatud ning tuginema RHK-11 või DSM-5 toodud häire kirjeldustele. Laste puhul oluline kaasata pere, sest alla 12.a. laste puhul tõstab vanemate kaasamine oluliselt diagnostilist täpsust (Sheeringa, et al 2006; viidatud AACAP 2010).

Skriinima peaks nii eksponeeritust sündmusele (riskitegur nii PTSH kui mitmete teiste häirete esinemiseks) kui trauma mõju osas (indikaator käesolevale või potentsiaalsele abi vajadusele, samuti põhjalikuma häire-spetsiifilise hindamise läbiviimiseks). Skriiningut tuleb korrata, eriti kui on oht trauma kordumisele või kui on märgata muutusi trauma sümptomites (Ford, et al 2017a)

Meetodid, mida skriinimiseks kasutatakse, peavad olema lühikesed, standardiseeritud ja empiirilisel valideeritud (k.a. kohandatud keele ja kultuuri konteksti). **Eestis soovitame kasutada Sündmuse mõju skaalat** (CRIES-13; *Children and War Foundation, 2005*), mille kohandamine on käimas. Kui ei ole võimalik kasutada standardiseeritud skriiningvahendit, siis minimaalselt peaks küsima lapse käest järgmistel temadel küsimusi eakohaselt formuleerides:

- Kas tema elus on toimunud traumaatilisi sündmusi?
- Millal, mitu korda need juhtusid?
- Kes sellega seotud on?

- Kas on oht, et see võib korduda või jätkub?
- Kuidas see laste on mõjutanud (mh PTSH põhisümptomid)?

NICE (2017) juhend lapsea väärkohtlemise ja hooletusse jäetuse kohta paneb spetsialistidele südamele, et **vääkoheldud/hooletusse jäetud laste puhul peab arvestama järgmiste asjaoludega:**

- Nad ei pruugi olla valmis oma kogemusest rääkima, sest nad tunnevad end süüdi, segaduses, häbi või märgistatuna; kardavad rääkida, sest neid on ähvardatud; ei oska ise oma kogemust väärkohtlemiseks pidada või tunnevad emotsionaalset seotust väärkohtleja suhtes ja ei taha seetõttu teda „alt vedada“;
- Lapsed ja noored väljendavad tihti seda, mis nendega on toimunud, kaudselt – käitumises, välimuses, häirituse sümptomites.
- Vestlust tuleks läbi viia direktsiivselt suunamata, st küsida rohkem avatud küsimusi ja hoiduda eeldamisest ning eelarvamustest.
- Kui laps/noor avaldab väärkohtlemise kohta, siis arvestada, et tegemist võib olla ka varasema sündmusega (st see ei pruugi olla äsja juhtunud).

Kokkuvõtlikult, trauma skriining peab sisalduma tegevusena erinevate lapsega seotud spetsialistide töös (lisaks psühholoogidele ja arstidele, õpetajad, sotsiaaltöötajad, noorsootöötajad, huviringide juhendajad) ning olema koordineeritud ja mitte-dubleeriv (nt kui koolipsühholoog on viinud läbi skriinimise, siis annab ta vastava info kliinilise psühholoogi, psühhoterapeudi juurde suunamisel viimasele edasi); andma vajalikku infot seotud isikutele/institutsioonidele ning järgima seda tehes rangelt vajalikke konfidentsiaalsuse piire (Ford et al, 2017). Eesti kontekstis on vaja sellist koordineeritud hindamissüsteemi veel juurutada, kusjuures alustada tuleb põhjalikust käesolevate praktikate ja võimaluste analüüsist: milliste ametite esindajad on need, kes oma töö raames võiksid puutuda kokku lapse võimaliku traumatiseeritusega, millised on nende oskused ja väljaõppevajadused skriinimise läbi viimiseks; ühtse skriinimise praktika juurutamine, mh skriinimisvahendite alase väljaõppe korraldamine nende kasutamiseks; ning millised oleksid parimad meie oludesse sobivad info edastamise ja vahetamise viisid võrgustikutööd tehes, mh erinevate ametkondade vaheline suhtluse sisu (kes kellele millist infot võib millistel tingimustel edastada).

Kui skriining viitab PTSH sümptomaatikale ehk trauma kogemine põhjustab toimetulekuraskusi, mis häirivad ootuspärasel viisil igapäevaeluga hakkama saamist, siis tuleks läbi viia formaalne häire-põhine hindamine (AACAP, 2010). Hindamise eesmärgiks on tuvastada PTSH esinemine, sümptomite raskusaste ja funktsionaalse toimetuleku häirumise määr ja laad. Seda viib läbi spetsiaalse väljaõppe saanud kliiniline psühholoog või psühhiaater. Sarnaselt skriinimisega, on tähtis kaasata siingi vanemad või teised lapse jaoks olulised täiskasvanud diagnostilise täpsuse huvides. Lisaks soovitatakse hindamisse kaasata ka lapse keskkonnast olulised inimesed, näiteks koolist või lasteaiast (lapse/pere nõusolekul).

Hindamist läbi viies peab arvestama asjaoluga, et erinevatel põhjustel on laste/noorte ja vanemate/hooldajate teadlikkus traumasümptomitest madal või kõikuv. Samuti on väikelaste puhul raske ainult välise käitumise põhjal hinnata sümptome. Näiteks on leitud, et 88%-l juhtudest ei olnud PTSH sümptomid jälgitavad kliinilisel hindamisel (Sheeringa et al, 2004; viidatud AACAP, 2010). Seetõttu on oluline, et kliiniline intervjuu sisaldaks vajadusel häirest ja sümptomitest harimist, kusjuures pidades silmas, et see ei suunaks antavaid vastuseid.

Kindlasti on vaja häire tuvastamiseks paluda lapsel kirjeldada, mis ja kuidas on temaga toimunud trauma ajal, trauma järgselt ja käesolevalt, seejuures mitte eeldades tingimata detailset sündmuse kirjeldust, kui on näha, et laps seda vabatahtlikult ei jaga (Ford et al, 2017a). Küsimused tuleb kohandada lapsele arusaadavaks (näiteks selle asemel et küsida, kas sind häirivad sündmused meenutavad asjaolud?, küsida lapselt Kuidas sa end tunned, kui sa lähed sellest majast /kus trauma toimus/ mööda?). Mõnikord on oluline näiliselt vabatahtlikku sündmuse kirjeldamist ka takistada, kui on oht, see võib lapse emotsionaalset tasakaalu tugevalt häirida. Eraldi tähelepanu tuleb pöörata perevestlustes sellele, kuidas vanemad lapse kuuldes toimunust ja enda või teiste oluliste inimeste reaktsioonidest räägivad. Kui on oht, et jagatud info või jagamise viis võib last olulisel viisil mõjutada, tuleks sekkuda ning vajadusel vestelda vanematega eraldi.

Lastega töötamisel ei ole kliinilistelt psühholoogidelt ametlikult (AACAP, 2010) küll nõutud formaalsete testide ja küsimustike kasutamine diagnoosi kinnitamiseks, aga mitmed vahendid võivad abiks olla. Meetodi kasutamisel peab hindajal olema selle kasutamiseks vajalik väljaõpe ja oskused ning jälgida tuleb, et hindamisvahendid oleksid standardiseeritud, valideeritud, kultuuriliselt ja arenguliselt sobivad. Eestis on näiteks kohandamisel Laste PTSH sümptomite skaala (*Child PTSD Symptom Scale*, CPSS-5-SR; Foa et al, 2018). Tegemist on mõõtvahendiga, mis mõõdab nii traumahäire sümptomaatika kui aset leidnud sündmused ning on kasutatav nii enesekohaselt täidetava testi- kui intervjuu vormis läbiviidava versioonina.

PTSH puhul on tegemist häirega, mis esineb tihti koos mõne teise häirega (on nõ komorbiidne häire) ja/või sümptomite tasandil võib esineda suur kattuvusega, siis peab hindamisel esialgu rakendama laiemat fookust (et vajadusel tuvastada ja välistada muud häired). Tähelepanu tuleks pöörata emotsionaalse ja käitumusliku düsregulatsiooni, enesevigastamise, suitsidaalsuse, psühhootilisuse, paanikahoogude, ainete kuritarvitamise, söömisega, unega, ja õppetööga seotud probleemide ning suhete/kiindumusega seotud teemadele.

Lisaks tuleb arvesse võtta võimalikku sümptomite kattuvust teiste häirete sümptomaatikaga (AACAP, 2010). Näiteks, võivad PTSH vältimise ja taaskogemise sümptomid olla sarnased aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ADHD) puhul ilmneva rahutuse, hüperaktiivsuse, häiritusega. Ülierutuse sümptomid nagu raskused uinumisel, keskendumisel ja kõrgendatud motoorne aktiivsus langeb samuti kokku ADHD sümptomitega.

PTSH sümptomid võivad kattuda

- käitumishäirega – vihasööstud ja ärrituvus, paanikahäirega – tugev ärevus ja kehaline distress teatud olukordades;
- muude ärevushäiretega – kardetavate stiimulite vältimine, psühholoogiline ja füsioloogiline ülierutus, magamise raskused, ehmumisreaktsioon;
- depressiooniga – enesevigastamise käitumine kui traumaga seotud tunnete või mõtete vältimine, sotsiaalne tagasitõmbumine, emotsionaalne tuimus, magamise raskused;
- bipolaarse häirega – hüpomaania (mõõdukas meeleolu kõrgenemine) ülierutuse sümptomitena, agressiivne ja hüperseksuaalne käitumine trauma taaskogemisenä;
- ainete kuritarvitamisega – alkohol/narkootilised ained kui toimetulekuvahend sümptomite leevendamiseks või vallandajate vältimisel.

Kõige selle juures oluline, et viiakse läbi põhjalik, mitmekülgne hindamine ning seejuures peetakse silmas sümptomite alguse/süvenemise aja määratlemist ja traumaatilise kogemusega seostamist.

Skriinimisega sarnaselt on ka hindamise läbiviimisel kasulik rakendada eakohaseid abivahendeid (näiteks loovmeetodite, erinevate töölehtede nagu näiteks näoilmete pildid, või kujundlike vahendite nagu näiteks emotsiooni tugevuse termomeeter kasutamine). Hindamisel tuleb traumast tulenenud negatiivse mõju tuvastamise kõrval keskenduda ka ressursside kaardistamisele. Kõik see kokku on aluseks edasise sekkumise plaani koostamiseks, mis arvestab igakülgselt traumas kogunud lapse vajaduste, ressursside, ja keskkonnaga. Kogu hindamise protsessi vältel tuleb säilitada tundlikkus kõigi osapooltega igal tasandil suheldes ning arvestada, et kui vaja kaasata õigusjärelvalvet osutavaid instantse, siis tuleb rakendada hindamisel eritingimusi vastavalt olukorrale. Ettevaatusabinõud, muuhulgas info otsimine, kas ja kuidas lapsega vestelda, on sellises olukorras asjakohased.

Kiindumussuhte häirete hindamine.

Kiindumussuhtega seotud häirete hindamisel sisaldab protseduur spetsiifiliselt lapse käitumismustrite jälgimist kliinilise psühholoogi poolt erinevates olukordades (eelkõige vanemate/hooldajatega), kusjuures infot kogutakse ka varasema käitumise kohta (Zeanah jt, 2016). Eesmärk on selgitada, milline on lapse käitumine võimaliku kiindumusobjekti suhtes ja talle võõraste inimeste suhtes. Selleks kasutatakse kas vaba käitumise olukorda, või ka (pool)struktureeritud hindamisprotseduuri. Esimene neist tähendab hindamisolukorda, kus vanem ja laps suhtlevad omavahel (nt mängu olukorras) ning kliiniline psühholoog jälgib nende omavahelist interaktsiooni. Struktureeritud hindamisprotseduuri korral antakse vanemale ja lapsele juhised (tuntuim näide on võõra situatsiooni katse, kus vanemal palutakse näiteks ühel hetkel ruumist väljuda, siis tagasi tulla jne ning jälgitakse lapse reaktsioone nende muutustele). Kasulik on seejuures kasutada videosalvestust parema tulemuse saamiseks (Zeanah jt 2016). Lisaks on vajalik hinnata lapse vaimset võimekust, välistada teised kohanemishäired, autismi spektri häired ja depressioon. Täpsemaks ülevaateks Eestis soovitatavate hindamisvahendite kohta vaadake Rass, Valvas, Visnapuu-Bernadt (2012).

5. Psühholoogilise abi üldised põhimõtted.

Käesolevas peatükis kirjeldatakse üldisi põhimõtteid, millele peaks vastama laste ja noortega läbi viidav trauma-keskne psühhoterapia.

Traumas kogunud inimese abi algab asjakohasest ja vajaliku põhjalikkusega psühholoogilisest hindamisest. Trauma-keskne lähenemine on näidustatud juhul, kui laps või noor kogeb igapäevast toimetulekut olulisel määral häirivat traumahäirele iseloomulikke sümptomaatikas, kusjuures see on alanud trauma kogemise järgselt. Sealjuures on oluline võtta arvesse trauma kordumise ja/või pikema aja vältel aset leidnud trauma mõju.

Ülejäänud juhtudel on näidustatud vastavalt vajadustele kas kontakti säilitamine ilma terapeutilise sekkumiseta (nn tähelepanelik jälgimine, mis tähendab, et kohtutakse või võetakse telefoni teel ühendust seisundi hindamiseks); psühhoharimine (ehk info andmine ja oskuste õpetamine) trauma mõjust lühi- ja pikaajaliselt ning esmastest eneseabivõtetest; toetav (ehk mitte trauma-keskne) psühhoterapia või nõustamine traumast tingitud distressi leevendamiseks; ja/või tavapärase psühhoterapia (vastavalt tuvastatavatele probleemidele või häirele).

Traumaga tegelemine ehk traumateraapia (siin mõeldud üldises tähenduses traumakeskne psühhoterapia olenemata alusteooriast või –mudelist) peab olema integreeritud ülejäänud

sekkumistega (nt kui laps käib psühhoteraapias varasemalt), võrgustikutööga (nt juhtum eeldab koostööd erinevate instantside vahel) ning kaasama lapsele olulised täiskasvanud (pereliikmed või hooldajad, kes ei ole trauma põhjustajad) ning seda võiks lastekaitsetöötaja või kui lastekaitseteenistus ei ole kaasatud, siis spetsialist, kelle juurde laps sattus esimesena. Oluline on seejuures, et infot jagataks põhimõttel, et see on oluline/abistav iga võrgustikuliikme jaoks. Hoolikalt tuleb lähtuda konfidentsiaalsuse ja kliendi heaolu printsiipidest ehk jagada niipalju, kui on kliendi jaoks kasulik/vajalik ja nii vähe, kui võimalik, pidades silmas, et toimumust endast rääkides ollakse võimalikult lakooniline. Näiteks võib olla kasulik info psühhoterapeudile lapsega koostöö alustamisel teada, et lapse väärkohtleja on temaga käesoleval hetkel koos elav vanem, samas ei ole oluline edastada detaile, mida täpselt väärkohtleja lapsega tegi; või on hea teada näiteks lastekaitsetöötajal, millises psühhoteraapia faasis parasjagu teraapia lapsega on – kas stabiliseerivas või traumaga tegelemise faasis – viimane eeldab lapselt kindlasti suuremat ressursi, aga ei ole oluline teada, millest igal seansil lapsega räägitakse. Kokkuvõtlikult veelkord, oluline on edastada võrgustikutöös informatsiooni, mis mõjutab lapse traumakogemusega tegelemist – annab infot selle mõistmiseks, peegeldab tema edenemist teraapias või viitab vajadustele kujundada lapse keskkonda paranemist toetavamaks.

Traumateraapia peab olema lastele/noortele/peredele kättesaadav (nt info veebis, spetsialistidel; üldine teadlikkus ühiskonnas) ja pakutud valikuna (st lapsele/perele ja noorele peab olema tagatud igakülgne info psühhoteraapias osalemise võimaluste kohta ning võimalus otsustada oma valiku üle; samuti peab olema võimalus valida erinevate sekkumiste vahel); tegema koostööd perega ning erinevate lapse ja pere jaoks oluliste võrgustikuliikmetega; kasutatavad meetodid (vt peatükk 6) peavad olema standardiseeritud ja valideeritud ning kultuuriliselt ja arenguliselt sobivad.

Trauma-keskne psühhoteraapia sisaldab (olenemata koolkondlikust taustast) trauma mõjust harimist (sealjuures informeerimine sellest, et trauma kogemise hetkel võivad teatud käitumised olla toimetulekuks vajalikud, sest nad kaitsevad liiase distressi eest, näiteks dissotsiatiivne eemaldumine võib kaitsta traumaatilise kogemuse intensiivsuse eest sel hetkel, kuid mitte olla kohanemist toetav enam traumajärgselt, siis muutub see vältimiseks, mis takistab vajalikku infotöötlusprotsessi) ja traumaga seotud mälestuste töötlust (lühidalt traumatöötlus) ning võtab arvesse seejuures traumaga seotud aspekte (sündmuse laad, aeg, korduvus, võimalus trauma kordumiseks/jätkumiseks).

Traumaatilise sündmuse töötlust tuleb teha ainult siis, kui laps/pere on selleks hoolikalt ettevalmistatud, lapsel/perel on olemas teraapiaväline toetusvõrgustik, ning kui terapeudil on selleks olemas piisav väljaõpe, pädevused ning supervisiooni toetus. Üldjuhul peetakse kinni ka põhimõttest, et traumatöötlust alustatakse alles siis, kui sündmus on lõppenud (see tähendab, et trauma jätkumise korral on soovitatav esmajoonel turvalisuse tagamine ja toimetuleku toetamine).

Traumatöötlus peab arvestama kliendi valmisolekuga traumaga tegelemiseks. Tähtis on, et psühhoteraapeutiline sekkumine ei ujutaks klienti emotsionaalselt ja sensoorselt üle ega oleks ka alalävine, see tähendab et edukaks raviks on vajalik optimaalne närvisüsteemi aktiveeritus (töötamine nn taluvuse aknas, Siegel, 1999). Mis omakorda tähendab, et traumateraapias osaleja võib vajada enne töötluse juurde asumist kas närvisüsteemi rahustamiseks tuge ja oskusi (näiteks hingamisharjutused kehaliseks rahunemiseks) või hoopiski eeltööd aktivatsiooni tõstmiseks (näiteks, vältimiskäitumiste, sh dissotsiatiivsete sümptomitega toimetuleku parandamist).

Traumateraapiat tuleb kohandada vastavalt lapse/perekonna olude, ea, soo ja sooidentiteedi, kultuurilise tausta, arengulise võimekuse, füüsilise tervise ja erivajaduse ning isiklike ja pere tugevuste ning ressurside kohaselt. See tähendab, et traumateraapiat läbi viies on vaja spetsialistil olla paindlik ja võimeline iseseisvalt kujundama psühhoteraapeutilist ravi, mistõttu on äärmiselt oluline, et traumateraapiat viiks läbi vajaliku alushariduse ning põhjaliku trauma-keskse psühhoteraapia väljaõppega spetsialist (vt ptk 9).

Silmas tuleb pidada, et traumateraapia peab alati tugevdama lapse/pere ressursse, mitte neid kulutama! Viimane võib näiteks juhtuda siis, kui terapeut kiirustab stabiliseerimise faasist üle töötus faasi, milleks sellisel juhul ei ole klient tegelikult valmis. Samuti kulutab ressursse see, kui terapeut otsustab töötada ainult lapsega, peret kaasamata. See pikendab oluliselt psühhoteraapia kulgu ja ei pruugi olla sellisena lapse/pere optimaalset paranemist toetav. Küll tuleb olla teadlik sellest, et ka korrektselt läbi viidud ja igati kliendi valmisolekuga arvestades, sisaldab traumaga tegelemine tugevaid emotsioone ja nendega toimetulemise õppimist.

Psühhoteraapia traumad, eriti komplekstraumat kogenud laste/peredega tugineb põhimõttel „mitte ainult trauma“, mis tähendab, et traumaga tegelemisel võetakse arvesse kliendi ümber toimuvat: traumateraapia on aja ja temaatika osas paindlik ning kohandub kliendi vajadustele sisaldades ka muuhulgas teraapiaväliste ressurside kaasamist, et aidata toime tulla erinevate turvalisuse probleemidega.

Kui on aset leidnud suurem õnnetus või katastroof, siis on üheks võimalikuks sekkumiseks ka kooli-põhise hindamise ja teraapia korraldamine. Eeldus sellisel juhul on see, et traumakogemus on jagatud (lapsed ühest või mitmest asutusest on sattunud ühte õnnetusse) ning juurdepääs neile näiteks skriiningu läbiviimiseks või seisundi jälgimiseks on kergem korraldada haridusasutuse baasil (kool või lasteaed), milles nad käivad.

Laste puhul tuleb teraapia ja muud ravi otsuses lähtuda eelkõige sümptomite ja toimetuleku tegelikust raskusastmest, hoolimata sellest, kas lapsel on välja pandud PTSH diagnoos.

Vanemate kaasamine lapse ja noore traumateraapiasse parandab psühhoteraapia tulemusi. Sellisel juhul on võimalik toetada vanemaid endid ning nii vähendada nende stressitaset ja õpetada juurde vajalikke oskusi lapse toetamiseks. Samuti on võimalik nii tuvastada vanemate endi häiritus, mh ka nende enda traumakogemused kas käesoleva sündmusega seoses või ka varasemad, mis võivad olla jäänud ravimata. Viimasele juhul võib olla kasulik suunata vanemad eraldi individuaalsesse teraapiasse.

PTSH sümptomitega laste ja noorte ravis esimene soovitus on alati trauma-keskse psühhoteraapia rakendamine. Ravimite kasutamine on pigem teisejärguline ja kaalutud vajadusel lähtudes põhimõttest, et seni kuni lapse sümptomaatika võimaldab traumakeskset tööd, seni ravimeid ei kasutata. Küll aga võib olla näiteks, et laps on nii depressiivne ja suitsidaalne, et tema elu võib olla ohus, sellisel juhul on antidepressantide manustamine võimalik. Ravimite kaasamist kaalutakse ka olukorras, kus lapse toetusvõrgustik on puudulik, mis tähendab, et tal ei ole võimalik toetuda väga palju välisele ressursile. Siis pakuvad ravimid vajalikku toetust. Kiindumussuhte põhiste häirete raviks ei soovitata farmakoloogilist sekkumist.

Traumajärgselt on väga sage erinevate häirete ja/või sümptomite koosesinemine, mis tähendab, et psühhoteraapiat läbi viies peab terapeut integreerima erinevaid tehnikaid ja meetode vastavalt sellele, milliste probleemidega tegu on. Näiteks esineb sageli PTSH koos ainete kuritarvitamisega, kusjuures seos võib olla mitmesugune: ainete kuritarvitamine on olnud traumakogemuse eelne ja sellele lisandub PTSH või ainete kuritarvitamine on PTSH sümptomitega toimetulemiseks näiteks alkoholi tarvitamise tagajärg. Igal juhul peaks teraapia keskenduma nii PTSH sümptomaatikale kui ainete kuritarvitamisele, ning integreerima vajalikke sekkumisi. Toodud näide on üks sagedasemaid häirete koosesinemisi noorte puhul, ja selle raviks on välja töötatud mitmeid mudeleid. On spetsiifilisi teraapiamudeleid, nagu *Seeking Safety* (Najavits, Gallop, Weiss, 2006), mida Eestis teadaolevalt küll kohandatud ei ole, ning on transdiagnostilisi teraapiamudeleid (mis ei ole keskendunud ühe spetsiifilise häire raviks ja on kohaldatavad erinevatele häiretele) nagu näiteks dialektiline käitumisteraapia, mida Eestis kasutatakse.

6. Psühhoterautilise abi mudelid ja meetodid: ravijuhendite ning ekspertide soovitused

Maailmas on mitmeid PTSH ja nüüd ka mõned kompleks-PTSH alased ravijuhendid või soovituslikud dokumendid, mis klassifitseerivad psühhoterautilisi sekkumisi nende häirete raviks. Muuhulgas on nendes välja toodud tõendus põhised, ehk siis teadustöös piisavalt tõendusmaterjali kogunud psühhoteraapia meetodid. Nii on ka traumajärgsete seisundite ravis teatud psühhoteraapiameetodid tõstetud esile kui tõendus põhised (enamustes ravijuhendites korduvad sellistena EMDR ja trauma-keskne kognitiiv-käitumisteraapia; mõnevõrra harvem psühhodünaamilised teraapiad ja narratiiviteraapia). Gillies et al (2013) toovad aga välja, et käesoleval hetkel ei ole siiski piisavalt tõendeid väitmaks, et mõni teraapiavorm nimetatutest oleks teistest üliluslik, ka ei ole teada, et teatud tüüpi traumad kogenud lapsed/noored reageeriksid traumateraapiale vähem või rohkem või et mõni meetod sobiks rohkem või vähem sõltuvalt trauma liigist. Lisaks tuleb meeles pidada, et ükski ravijuhend ei ole loodud juhendumaks nendest rigiidselt arvestamata spetsialisti enda (psühholoog, psühhiaater) eksperthinnangut konkreetse juhtumiga tegeledes (Saunders, et al 2003). Samuti ei tohi ükski soovitus takistada tegemast kliiniliselt põhjendatud innovatiivseid otsuseid. See kõik kokku tähendab, et psühhoteraapia valikul tuleb lähtuda erialaorganisatsioonide poolt antud soovitustest, kuid rakendada neid kriitiliselt hinnates konkreetse juhtumi kontekstis. See juhib taas tähelepanu asjaolule, et psühhoteraapeudi ettevalmistus (vt ptk 9) on äärmiselt oluline, sest muidu ei ole ta võimeline selliseid otsuseid praktikas adekvaatselt langetama.

Käesolevas analüüsis tuuakse välja ravijuhendite ja ekspertide arvamuste alusel kokkuvõtte teraapiamudelitest, mille hulgas on nii tõendus põhisteks loetud (vt eelmises lõigus toodud loetelu) kui ka madalama kategooria soovitusi pälvinud sekkumised. Seejuures on lähtutud Eesti Psühholoogide Liidu kutsekomsjoni (2013) poolt heaks kiidetud üldistest psühhoteraapia kui meetodi tunnustamise kriteeriumitest kliinilises kontekstis:

- a) teraapiameetodid põhinevad empiirilisel kontrollitud teooriatel;
- b) meetodite efektiivsust tõendavad publitseeritud teadusuuringud;
- c) meetodeid on soovitatud mõne psüühikahäire ravijuhistes;
- d) psühhoteraapia koolitus koosneb teoreetilisest väljaõppest ja juhendatud praktiseerimisest; ning käsitleb kindlasti psüühika- ja käitumishäirete teoreetilisi mudeleid ja psühhoteraapia põhimõtete ja tehnikate teoreetilisi aluseid.

Kokkuvõtlikult, trauma-keskses psühhoterapias on tähtis pöörata tähelepanu spetsialisti pädevusele – psühhoterapia üldised ning traumaspetsiifilised pädevused – ning meetodi sobivusele traumaterapiaks. Viimase osas annab AACAP (2010) soovitusel, et laste ja noorte traumaterapia peaks hoolimata teoreetilisest mudelist vastama järgmistele kriteeriumitele:

- a) Otseselt olema suunatud traumaatilise kogemusega tegelemisele;
- b) Kaasama psühhoterapia protsessi lapse/noore vanemaid või hooldajaid kui olulisi muutuse tekitajaid või suunajaid. Vajadusel võib kaasata teraapiasse teisi lapse jaoks olulisi isikuid (näiteks vanem õde või vend, treener spordikoolist või õpetaja koolist), kuid sellisel juhul tuleb iga üksikut juhtumit tõsiselt kaaluda ja kindlasti ei tohiks see olla ühe spetsialisti otsus (näiteks psühhoterapeut võib arutada selle otsuse läbi oma superviisoriga, või võrgustiku partneritega – näiteks lastekaitse töötajaga), sest oluline on tagada, et tegemist on toetava täiskasvanuga, kes ise on valmis ja võimeline seda pakkuma.
- c) Keskendub nii traumasümptomite leevendamisele, kui ka säilenõtkuse suurendamisele/toetamisele.

Soovituslikud teraapiamudelid laste ja noortega traumatöös.

Traumakeskne kognitiiv-käitumisterapia (*Trauma-focused cognitive behavioral therapy*; Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006) tugineb õppimise ja kognitiivsetele teooriatele ning ideel, et see kuidas inimene end olukorras tunneb ja kuidas ta selles käitub, on mõjutatud tema tõlgendustest olukorrale ja endale selles. Trauma-keskse kognitiiv-käitumisterapia eesmärk on vähendada traumaatilise kogemuse mõju tõttu tekkinud negatiivseid emotsionaalseid ja käitumuslikke reaktsioone ning korrigeerida ebakohaseid uskumusi ning tõlgendusi selle kohta, et suurendada turvalisuse tunnet. Samuti on teraapia eesmärk pakkuda toetust (traumat mitte põhjustanud) lapsevanemale ning õpetada talle tõhusaid toimetulekuviise nii enda liiase distressi kui ka lapse omaga hakkama saamiseks.

Traumakeskse kognitiiv-käitumisteraapia mudel on mõeldud lastele vanuses 3.a. kuni 18.a. ning on üles ehitatud mooduli-põhisena ja kaasab teraapiasse nii traumat kogenud lapse/noore kui lapsevanemad/hooldajad.

- **Psühhoharidus ja vanemlikud oskused** – harimine traumast, tüüpilistest traumajärgsetest reaktsioonidest; reaktsioonide normaliseerimine, turvalisus ja normaalne käitumine (mh terve seksuaalsus) toetamine; lootuse tekitamine, motiveerimine teraapiaks, sh (varase) sekkumise kasudest rääkimine; vanemlike oskuste õpetamine.
- **Eneseregulatsiooni oskused** - juhitud hingamine, progresseeruv lihas-lõdvestus, emotsioonide väljendamise oskused, mõtete peatamine, mõtete asendamine, kehasümptomite märkamine, tõlgendamine ja leevendamine jms oskused
- **Emotsioonireguleerimise oskused** - tunnete märkamine, ära tundmine, suunamine.
- **Kognitiivne toimetulek** - mittekohastumuslike uskumuste ja tõlgenduste välja selgitamine ja läbi töötamine (sündmuse põhjus, vastutus jms), sealjuures õpetades kognitiivseid toimetulekuoskusi (näiteks, sisekõne, positiivsed mõtted).
- **Trauma lugu** - trauma narratiivi loomine sealjuures astmeliselt lähenedes; sisaldab verbaalset, kirjalikku ja/või sümboolset komponenti (mh nukkude, mänguasjade kasutamine) traumast loo jutustamisel. Narratiivi loomisel lähtutakse ajaraamist, mis hõlmab traumaheelset, traumaaegset ja traumajärgset perioodi.
- **In vivo** (reaalses olukorras) **ja kujutluses vallandajatele eksponeerimine / nendega harjumine** – tegelemine traumareaktsioonide vallandajatega eesmärgiga õpetada lapsele vahet tegema tegeliku ohu ja kujuteldava (=traumamälust tulenevat) ohu vahel

ning harjutada seda käitumuslikult. Siinjuures on oluline rõhutada, et eksponeerimine ei toimu traumaatilisele kogemusele, vaid vallandajale. Näiteks kui traumakogemus on pargis rünne, siis ei eksponeerita mitte ründamise kogemusele, vaid pargis olemisele, sest pargis viibimine on nüüd traumamälestuse vallandajaks saanud.

- **Ühised vanema-lapse sessioonid** - vanemad osalevad teraapiaprotsessis paralleelselt (iga seansi järgselt) lapse seanssidega ja ühistel kohtumistel; vanemat julgustatakse rakendama teraapias omandatud kodus – olema lapsele nn kodune “terapeut”; sisaldab vanemate harimist, oskuste õpetamist sümptomitega toimetulemiseks, abi vajaduse märkamist ja abi pakkumist lapsele; ning pereliikmete vahelise suhtlemise edendamist (mh lõbusad tegevused ja mäng)
- **Kasv ja areng tulevikus** – keskendutakse sellele, kuidas hoida turvalisust tulevikus, oskuste õpetamine selleks ja teadlikkuse tõstmine.

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; Shapiro, 1989; 1993; Greenwald, 1993) on integratiivne terapeutiline meetod traumaatiliste mälestuste ja PTSH sümptomitega toimetuleku soodustamiseks – aktiveerib ja juhib traumatöötlust, soodustab trauma kohta kohastumuslike tõlgenduste/tähenduste ning alternatiivsete positiivsete uskumuste, toimetulekustrateegiatega ja käitumiste juurutamist. Meetod integreerib bilateraalse stimulatsiooni (BLS) tehnikat psühhodünaamilise, kognitiiv-käitumis-, interpersonaalse, kogemusliku ja somaatilise teraapia tehnikatega. BLS tehnika variantidena kasutatakse näiteks vahelduvaid silmaliigutusi, vahelduvate helide ja/või valgussignaali jälgimist, lastel sagedamini vahelduvaid puudutusi (näiteks käeselgadele).

Alusidee EMDR-i puhul on, et traumaatiliste sündmuste tõttu võivad inimese loomulikud kognitiivsed ja neuroloogilised toimetulekumehhanismid olla ülekoormatud ning seetõttu on kogetud sündmustest tingitud mälestuste töötlus ajus ebapiisav (mälestus talletatakse isoleeritud mäluvõrgustikku). EMDR eesmärk on 8-faasilise lähenemise raames töödelda traumaatilisi mälestusi, vähendades nende negatiivset mõju ning aidata kliendil arendada uusi toimetulekumehhanisme.

Teraapia 8 etappi:

- **I faas ehk kliendiloo koostamine** – psühholoogilise hindamise läbiviimine, teraapiaks valmiduse hindamine ning teraapiaplaani arutamine, mh määratletakse potentsiaalsed sihtmärgid (häiriv teema, sündmus, tunne, või mälestus), tuvastatakse ebakohased uskumused.
- **II faas ehk ettevalmistus** – omandatakse oskused töötlusega toimetulemiseks (positiivsed ressursid) nagu näiteks „turvapaik“ – kujutlus, mälestus või aisting, mis tekitab mugavaid tundeid ja positiivset enesetunnetust. Turvapaika kasutatakse teraapia käigus ka poolelijääva tegevusega seansi kokkuvõtmiseks.
- **III faas ehk hindamine** - tuvastatakse nn stiimul-kujutlused (*snapshot images*), mis esindavad sihtmärki ja sellega seonduvat häiritust, ning sellega seotud negatiivsed kognitsioonid ja neile vastanduvad positiivsed kognitsioonid.
- **IV faas ehk desensitiseerimine** – stiimul-kujutluse töötlus rakendades bilateraalselt stimulatsiooni, mis tähendab üheaegselt mälestuse visualiseerimist, kehalistele sümptomitele keskendumist, bilateraalse stimulatsiooni jälgimist ning negatiivse kognitsiooni kordamist mõttes.
- **V faas ehk installeerimine** – installeeritakse positiivsed kognitsioonid rakendades bilateraalselt stimulatsiooni.

- **VI faas ehk keha skanneerimine** - keha seiramine eesmärgiga tuvastada kehas valu-, stressi või ebamugavuse tundeid, mille olemasolul töödeldakse neid bilateraalse stimulatsiooni abil.
- **VII faas ehk lõpetamine** – kogemuse jagamine (nn debriefing), vajadusel annab terapeut infot ja toetab.
- **VIII faas ehk ümberhindamine** - hindamine (*re-evaluation*) ja teraapia lõpetamine. Hinnatakse eelmistel seanssidel tegeletud teemadega seonduvat häiritust.

Psühhodünaamiline psühhoteraapia toetub psühhoanalüütilise psühholoogia teooriatele (tungiteooria, egopsühholoogia, objektsuhete teooria, selfi-teooria) ja praktikale, mille kohaselt on inimese käitumine mõjutatud tema teadvustamata infost ja mineviku kogemustest. Inimese varaste kogemuste (peamiselt suhetes vanematega) põhjal kujunevad välja alateadlikud käitumismustrid, mis ilmnevad uuesti muudes suhetes ülekande näol. Kaasaaegne psühhoanalüütiline teraapia on suunatud inimeste eneseteadlikkuse suurendamisele endast ja oma käitumisest ehk isiksusliku koherentsuse suurendamisele. Kliendil aidatakse märgata ja uurida, kuidas mitte-teadvustatud emotsioonid ja motiivid mõjutavad nende käitumist.

Lühiajalise psühhoanalüütilise teraapia eesmärk on leevendada inimese pinget, stressi ja ängistust, et inimene saaks paremini suhelda, suhetes olla ja igapäevaselt funktsioneerida. Oluline on seejuures kliendi ja terapeudi vaheline siin-ja-praegu toimiv koostöösuhe kui keskkond selle kogemuse saamiseks ja õppimiseks.

Lastele suunatud traumakeskse psühhodünaamilise teraapia mudelite põhifookus on lapse ja vanema suhtel, kus vanem on olnud ise trauma ohvriks ja/või on enda/lapse traumaatilise kogemuse teel sellisel määral mõjutanud, et ei suuda lapse normaalset arengut toetada. Sellise mudeli näiteks on lapse-vanema psühhoteraapia (*Child-Parent Psychotherapy*; Lieberman, et al 2005). Mudel tugineb lisaks psühhodünaamilistele teooriatele ka kiindumussuhte, kognitiiv-käitumisteraapia ja sotsiaalse õppimise teooriatele. Teraapia on suunatud alla 6.a. lastele ja nende (traumat mitte põhjustanud) vanemale (algselt välja töötatud perevägivalda kontekstis). Fookus on turvalisuse, afektiregulatsiooni ja lapse-vanema suhte edendamisel ning traumaga seotud reaktsioonide normaliseerimisel eesmärgiga suunata lapse areng nn normaalse arengu trajektoorige. Sekkumistena kasutatakse lapse arengu edendamist mängu, füüsilise kontakti, keele kaudu; mittestruktureeritud/reflektiivset arengulist juhendamist; turvaliste käitumiste mudeldamist; emotsionaalset toetamist, kognitiivset tööd (kohastumuslike tõlgenduste arendamine) ning abi praktilistes teemades, sh juhtumikorraldus, kriisinõustamine.

Noortele suunatud traumakeskne psühhodünaamiline teraapia tegeleb traumasümptomite seletamise, vallandajatega toimetulemise õpetamisega ja keskkondlike tegurite märkamisega eesmärgiga korrastada sisemaailma ehk arendada mina-pildi ehk selfi terviklikkust, mis on trauma mõjul häiritud. Muuhulgas tegeletakse regressiivsete kogemuste märkamisega ja nendega toimetulemisega (sisemised kaitsemehhanismid). Noorukite enesekontrolli tunde taastamist/loomist toetab sellele teraapiamudelile iseloomulik suhteliselt vähese struktuuriga teraapiaseanss, mis annab noorele võimaluse võtta spontaanselt kontrolli toimuva üle. Trowell et al (2002) on uurinud psühhodünaamilise individuaalse teraapia toimivust seksuaalselt väärkoheldud tüdrukutel ning leidnud, et see omab positiivset efekti.

Muud teraapiameetodid töös traumat kogunud laste ja noorte ning nende peredega.

Pereteraapia – tugineb mitmete teooriatele ja mudelitele (mh süsteemi teooria, kommunikatsiooni teooria jt). Tegemist on psühhoterapia koolkonnaga, mille eesmärk on süsteemselt lahendada probleeme, mis tekivad inimestel suhetes oma lähedaste ning teiste oluliste inimestega. Perekonnapsühhoterapia on koostöö kliendiga ja tema lähima elukeskkonna moodustava grupi ehk perekonnaga, mille käigus terapeut kasutab teadlikult ja sihipäraselt psühholoogilisi tehnikaid aitamaks kliendil ja tema perekonnal mõista ja muuta omavahelisi suhteid, kommunikatsioonimustreid, emotsioone, vastastikusi tajumusi, rolliettekujutusi ja –käitumist sümptomaatilise/probleemse käitumise vähenemise suunas. Tähtsal kohal on ka pereliikmete harimine kliendi probleemidest ning toimetulekuvõtete õpetamine.

Traumateraapia kontekstis on pereteraapia kasutusel nn toetava meetodina traumakeskse sekkumise kõrval või on pereterapeutilised sekkumised osa mõnest integratiivsest mudelist. Viimase näiteks on vanema-lapse interaktsiooni teraapia (*Parent-child Interaction Therapy*, Hembree-Kigin, McNeil, 1995), mis on suunatud ka traumajärgselt tekkida võivate käitumisprobleemide lahendamisele. Mudel keskendub käitumuslikult vanemlike oskuste õpetamisele nõ siin-ja –praegu formaadis ehk vanemat juhendatakse käesolevas hetkes lapse käitumist reguleerima.

Grupiteraapia – siinkohal ei ole tegemist mitte meetodi kui sellise, vaid pigem formaadiga. Traumakeskseid grupiteraapia mudeleid on erinevaid, nende hulgas kognitiiv-käitumisteraapia põhiseid ja integratiivseid. Grupiteraapiat soovitatakse kooliealiste laste puhul olukorras, kus trauma on jagatud kogemus (kas sündmuse või sihtrühma poolest) (NICE, 2018), aga võib olla kasulik ka näiteks lapsevanematele, kelle lapsed on kogunud traumat (meeles tuleb siiski hoida, et ainult lapsevanematega töötamine lapse traumajärgseid sümptome ei ravi). Igal juhul, grupiteraapia on hea sekkumismeetod olukorras, kus inimestel on jagatud kogemus.

Mänguteraapia (*Play therapy*) – trauma kontekstis samuti siin tegemist mitte meetodi kui sellise, vaid formaadiga. Eeldus on, et mäng on lapse jaoks loomulik keskkond, milles on kergem lapse jaoks ennast väljendada, emotsionaalset ja käitumuslikku muutust ellu viia. Mänguteraapia kombineerib spontaanset mängu struktureeritud tegevustega teraapias püstitatud eesmärkide saavutamiseks (Gil & Johnson, 1993). Eesmärkide hulgas on omandada suurem teadlikkus oma sisemaailmast, toetada lapse võimekust vastata oma vajadustele sobival viisil, suurendada lapse seotust endale oluliste inimestega, sh vanematega ning jõustada sisemiste ressursside arengut (Saunders, 2003). Trauma kontekstis lisandub sellele traumaga seotud tunnete ja mõtetega tegelemine ning trauma tagajärgedega toimetuleku toetamine.

Narratiivi-eksponeerimise teraapia (*Narrative Exposure Therapy*, Schauer et al, 2011) – põhieesmärk on aidata traumat kogunud inimesel kirjeldada oma kogemust ning luua traumat kogunud inimesel oma elust tõene, kooskõlaline ja ajaliselt korrektne jutustus ehk narratiiv, mis sisaldaks loomuliku osana ka traumaatilist kogemust. Omaette oluline on seejuures traumakogemuse emotsionaalne töötlus sellisel moel, et see sobituks ülejäänud narratiiviga loomulikult viisil kokku. Teraapiaprotsessis kasutatakse narratiivi loomise kõrval kognitiiv-käitumisteraapia tehnikaid. Laste jaoks on välja töötatud kohandatud mudel, KidNET, mille puhul on leitud, et see mudel omab võimet PTSH sümptomaatikat olulisel määral vähendada (Ruf et al, 2010).

Loovteraapiad - (*Creative Art therapies, Expressive Art Therapies*) - koondavad endas sihipäraselt kunsti, muusika, tantsu/liikumise, draama, luule rakendamist psühhoterapia kontekstis (Foa, et al 2009). Loovmeetodid täidavad sarnast funktsiooni nõ traditsioonilise psühhoterapia tehnikatega. Näiteks loovalt trauma kujutamine on enam või vähem kujutluses eksponeerimisele (imaginal exposure) sarnane ning mitmel erineval moel kogemuse kujundlikul väljendamisel (näiteks rollimäng) on tugev mõju traumaga seotud kognitsioonide restruktureerimisele. Samuti keskenduvad ka loovteraapiad eneseregulatsioonioskuste õpetamisele ning ressursside edendamisele, tehes seda sensoorset ja somaatilist lähenemist rakendades.

Loovmeetodid pakuvad nõ viisi väljendada oma traumaatilist kogemust, ning eriti laste jaoks on see normaliseeriv kogemus. Oluline on, et see annab võimaluse teraapia läbi viimiseks olukordades, kus mingil põhjusel on takistatud kommunikatsioon (nt puudulik keeleoskus, kultuurilised erinevused).

Traumateraapia kontekstis loovmeetodite rakendamisel tuleks silmas pidada, et seda viiks läbi spetsiaalset väljaõpet omav spetsialist, kellel oleks nii psühhoterapeudi baaskoolituse kui traumakeskse loovteraapia koolitus läbitud, klient osaleks selles vabatahtlikult ning loovteraapiat viidaks läbi koostöös/koordineeritult teiste käimasolevate ravide ja teraapiate ning terapeutidega (Foa, et al, 2009).

Kompleks-PTSH sekkumised.

Käesolevaks hetkeks ei ole olemas lastele suunatud kompleks-PTSH või kompleks-trauma ametlikku diagnoosi ega ka piisavalt tõendeid, mille alusel soovitada kindlaid meetodeid kompleks-PTSH psühhoterapiaks lastel ja noortel (*ISTSS Guidelines Position Paper*, 2018). Samas allikas tuuakse välja, et vajadust täiesti uute meetodite järele ei pruugi ollagi, sest uuringud näitavad, et PTSH teraapias kasutusel olev trauma-keskne kognitiiv-käitumisteraapia on samuti toimiv kompleks-PTSH puhul (Sachser et al 2016, viidatud *ISTSS guidelines position paper*), nagu ka EMDR ja psühhodünaamilised lähenemised. Paranemise efekt on küll tagasihoidlikum, kuid see on kooskõlas üldise teadmiselega, et standardsed, tõenduspõhised sekkumised näitavad tagasihoidlikumaid tulemusi tõsisema sümptomaatikaga klientide puhul.

Kuivõrd kompleks-PTSH diagnoos on alles uus, siis ei ole kogunenud veel ka piisavalt tõendusmaterjali uuringutest erinevate teraapiamudelite toimivuse kohta, teadusuuringud on alles käimas. Küll on määratletud, et **igasugune kompleks-PTSH teraapia hoolimata koolkondlikust taustast peaks sisaldama minimaalselt järgmisi komponente** (Cook et al, 2005):

- **Turvalisus** – nii sisemise kui välise ehk keskkondliku turvalisuse suurendamine;
- **Enese-regulatsioon** – aktivatsiooni moduleerimise ja tasakaalu taastamise võime suurendamine erinevates valdkondades nagu afektiivne, käitumuslik, füsioloogiline, kognitiivne (sisaldades dissotsiativsete seisundite reguleerimist), inimestevahelised suhted ja enese-refleksioon;
- **Ennastreفتهeriv informatsioonitöötlus** – võime arendamine tõhusalt rakendada tähelepanu protsesse ja täideviivaid funktsioone selleks, et luua enesekohaseid narratiive, reflekteerida mineviku ja oleviku kogemusi, planeerida ning langetada otsuseid;
- **Traumaatilise kogemuse integratsioon** – traumaatiliste mälestuste, traumareaktsiooni vallandajate ja sümptomitega tegelemine kasutades selliseid

strateegiaid nagu tähenduse omistamine, traumamälu töötlemine ja salvestamine, traumaatilise kaotuse leinamine ja meenutamine, sümptomitega toimetulek ja oskuste arendamine selleks, ning olevikku suunatud mõtlemise ja käitumise arendamine, selleks et aidata kaasa rahuldustpakkuva ja produktiivse toimimise arengule;

- **Suhetega tegelemine** – suhete (sh kiindumussuhte töötava mudeli) taastamine, parandamine või loomine, ning selle integreerimine igapäevaelu suhetesse, k.a. terapeutiline suhe silmas pidades selliste interpersonaalsete oskuste arendamist nagu kehtestavus, koostöö, oskus teiste seisukohti/vaateid arvestada, piiride seadmine ja hoidmine, retsiprooksus, sotsiaalne empaatia, võime olla füüsiliselt ja emotsionaalselt lähedane;
- **Positiivse emotsionaalsuse suurendamine** – eneseväärtuse ja enesehinnangu suurendamine loovuse, tulevikku orienteerituse, saavutustunde, kompetentsuse tunde, meisterlikkuse tunde ja suhete võrgustiku tugevdamise ning positiivsete elamuste kogemise võime suurendamise kaudu.

Kompleks-PTSH teraapiat soovitatakse läbi viia faasi-põhise sekkumisena (Herman, 1992), mis koosneb kolmest etapist: stabiliseerimine, traumatöötlus ning teraapias omandatu integreerimine käesoleva eluga, täpsemalt:

- **Teraapia-eelne faas:** lepingu sõlmimine, psühholoogilise seisundi hindamine
- **Teraapia varane faas ehk stabiliseerimine:** kus teraapia keskendub patsiendi seisundi stabiliseerimisele (mh turvatunne, stabiilsus, dissotseerumisega ning mälusähvastustega toimetulemine, oskuste õppimine, eneseregulatsioon, ohutuse saavutamine potentsiaalselt vägivaldses suhtes) ning terapeutilise suhte loomisel.
 - Oskuste õpetamisel rakendatakse näiteks: dialektilist käitumisteraapiat (enesevigastamise vähendamiseks, Harned et al, 2008), STAIR (emotsiooni- ja suheteregulatsioonioskused, Cloitre et al, 2002), kaastundepõhine teraapia (Gilbert, 2013).
 - Ettevaatlik soovitatakse olla teadveloleku rakendamisega, sest klient võib endale ootamatult nende tehnikate kaudu saada emotsionaalselt ülekoormatud (Farias, Wikholm, 2015).
- **Teraapia keskmine ehk traumatöötuse faas** keskendub traumaatilise kogemuse töötlemisele (sh töötamine vallandajatega; leinamine, juhtunuga leppimine; lahenduste leidmine sh arusaadava tähenduse leidmine juhtunule; edasi liikumine).
 - Rakendatakse trauma-keskset kognitiiv-käitumisteraapiat, EMDR, narratiivi eksponeerimise teraapia (*KidNET*; Schauer et al, 2011)
- **Teraapia hiline ehk integreerimise faas** keskendub eelnevalt teraapias õpitu ja kogemise integreerimisele mina-pildiga ning suhete arendamisele uuest perspektiivist (traumatöötuse tagajärjel leitud tähendustest) lähtudes.

Kompleks-PTSH psühhoteraapia ei ole sirgjooneline ühes suunas edenemine, see tähendab, et tähtsal kohal on töö tagasilangustega ning faaside pikkused lähtuvad kliendi vajadustest, mistõttu on psühhoteraapeudi oskuslik teraapia nn doseerimine oluline.

Eelpool kirjeldatud trauma-keskse kognitiiv-käitumisteraapia mudelit on uuritud samuti kompleks-PTSH teraapiasekkumisena ja leitud, et kui seda rakendada faasi-põhiselt, siis on see täiesti arvestatav sekkumine (Cohen, et al, 2012).

Tekstikast: Mittesoovitavad teraapiad kiindumussuhte probleemidega tegelemiseks.

Sunniviisilise piiramise teraapiad (*coercive restraint therapies*)

- psühholoogilise, füüsilise või agressiivse sunduse kasutamisega tahetakse esile kutsuda raevu- ja teiste tugevate emotsioonipuhangute vallandumist, mis sekkumise läbiviijate arvates peaksid kaasa tooma nn uuestisünni ja/või kiindumussuhte korrigeerumise. Seansid selliste sekkumistega kestavad 3-5 tundi, vahel pikemaltki. Tihti kasutatakse adopteeritud laste puhul.

Nende hulgas näiteks:

Terapeutiline hoidmine (*therapeutic holding*) või kokkusuruv hoidmine (*compression holding*) – terapeutiline sekkumine häirunud kiindumussuhtega lastele, eesmärgiga läbi füüsilise kinni hoidmise ja survestamise parandada lapse kiindumussuhtet

Näiteks kasutatakse nende sekkumiste raames toidu või joogi piiramist lapsel, füüsilist kinni hoidmist (mõnikord lebab täiskasvanu kogu oma keharaskusega lapse peal), lapse näo haardes hoidmist sundimaks last pilkkontakti hoidma, füüsilist kinni hoidmist ja viha väljendamise õhutamist bioloogilise vanema suhtes.

Trauma ümbertöötamine (*rebirthing therapy*) – teraapiline hingamistehnika (pausideta, katkematu hingamine), mille eesmärk on tervendada „sünnitrauma“ kogemus ehk regresseerumise kaudu luua uuesti kiindumussuhe (*reattachment*).

Vajadusel loe juurde:

Mercer, J. (2005). Coercive restraint therapies: a dangerous alternative mental health intervention. *Medscape General Medicine*, Aug 9;7(3):6

Chaffin, M.; Hanson, R.; Saunders, B.E.; et al. (2006). Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11 (1): 76–89, doi:10.1177/1077559505283699

Kiindumussuhte põhiste häirete psühhoteraapia

Kiindumussuhte põhiste häirete teraapiaks soovitatakse sekkumisi, mis on keskendunud emotsionaalse seotussuhte arendamisele: **tundliku vanemliku käitumise ja psühholoogilise seotuse edendamine on sellist teraapiate põhikomponendid.**

On võimalik töötada kahel viisil – läbi vanema/hooldaja või lapse-vanema/hooldaja suhte baasil. Esimest viisi eelistatakse alati siis, kui vanem/hooldaja on emotsionaalselt saadaval ja valmis olema terapeudile nn kaas-terapeudiks. See tähendab siis, et vanemale/hooldajale õpetatakse viise ja tehnikaid, kuidas lapsega suhelda, et arendada temaga turvalisemat kiindumussuhtet. Lapsega otseselt teraapia sellisel juhul ei tegeleta.

Teist viisi rakendatakse siis, kui lapsevanem või hooldaja on ise emotsionaalselt üle koormatud, sellisel juhul osalevad teraapias nii vanem/hooldaja kui laps ja teraapias keskendutakse siin-ja-praegu oskuste juhendatud õpetamisele ning vanema/hooldaja toetamisele ning tema jaoks vajalike oskuste mudeldamisele. Vanemlike oskuste juhendatud õpetamine ja (video-)tagasisidestamine toetab täiskasvanut andma lapsele sobivaid, tervet emotsionaalset suhet arendavaid vastuseid. Kliiniline praktika on näidanud, et tõhus teraapia mudel keskendub kindlasti sekkumisel psühholoogilisele turvalisusele, lapsega koos veedetud aja stabiilsuse suurendamisele lapse ja vanema suhtes, empaatilise kuulamise oskuste arendamisele, vanema kui kiindumusfiguuri püsivuse tagamisele lapse jaoks, emotsionaalse

saadavalolemise jaoks oskuste õpetamisele ning tähelepanelikkuse arendamisele lapse vajaduste suhtes (Lubit et al, 2013; viidatud *Virginia Commission*, 2017)

Üheks näiteks diaadilise psühhoteraapia mudeli kohta on eelpool kirjeldatud lapse-vanema psühhoteraapia mudel (*Child-parent psychotherapy*; Lieberman, van Horn, 2005), mis integreerib psühhodünaamilise teraapia, kognitiiv-käitumisteraapia ja kiindumussuhete teooria elemente edendades lapse ja lapsevanema vahelist emotsionaalset suhtlemist.

AACAP (2010; 2016) ei soovita rakendada sekkumisi (vt ka tekstikast: Mittesoovitavad teraapiad kiindumussuhete probleemidega tegelemiseks), mis sisaldavad füüsilist kinnihoidmist või sundi (nt „terapeutiline hoidmine“/*therapeutic holding* või *compression holding*), trauma „ümbertöötamist“ (nagu nt uuestisünni teraapia / *rebirthing therapy*) või regressiooni selleks et uuesti luua kiindumussuhe („*reattachment*“), sest neil puudub igasugune empiiriline toetus ning on raporteeritud ka kahjujuhtumeid (k.a. lapse surmaga lõppenud).

7. Traumakeskset psühholoogilist abi pakkuvate spetsialistide pädevused

Pädevus on defineeritud kui teadmiste, suhtlemisoskuste, tehniliste oskuste, kliinilise mõtlemise, emotsioonide, väärtuste ja refleksiooni harjumuspärane ja eesmärgipärane rakendamine oma igapäevatoos sihtrühma hüvanguks, keda aidatakse (Epstein & Hundert, 2002, p. 227; viidatud APA, 2015).

Käesolevas alapeatükis käsitleme traumadega töötamisega seotud pädevusi, mille all peetakse silmas traumas kogunud inimeste abistamisel vaja minevaid minimaalseid teadmisi, hoiakuid ja oskusi. Alljärgnevalt teeme ülevaate Ameerika Psühholoogide Assotsiatsiooni poolt välja töötatud juhendist (APA, 2015), millega defineeriti miinimum-nõuded traumaga seotud pädevustest psühholoogidele. Arvestada tuleb muidugi, et selline dokument ei ole üks-ühele kohandatav väljaspoole nõ originaal-maad. On soovitatav, et Eestis tekiks samasugune arutelu vajalike pädevuste üle ning et see arutelu kaasaks nii praktikuid, haridusasutuste esindajaid kui valdkonda reguleerivaid institutsioone.

Läbivalt peaks traumas kogunud inimestega töötav psühhoterapeut olema valmis mõistma trauma mõju inimesele, tema tervisele üldiselt ja traumast tulenevaid reaktsioone ning sellest lähtuvalt viima läbi trauma hindamist ja sekkumisi nii, et see võtaks arvesse individuaalseid, kultuurilisi ja muid eripärasid. Muuhulgas peab oskama arvestada suhetega seotud (eelkõige kuidas trauma mõjutab pere funktsioneerimist), arengulisi faktoreid, trauma seotud kompleksust (näiteks, häirete komorbiidsust, erinevate käitumuslike väljenduste tähendust trauma kontekstis jne). Psühholoog peab oskama hinnata trauma mõju psühhoteraapias – alates terapeutilise suhte loomisest ja hoidmisest kuni sobiva sekkumise valikuni ja rakendamiseni ning olema valmis psühhoteraapia protsessi kohandama abivajaja vajadustele ja valmisolekule sobivaks. Tähtis on ka oskus arvestada, hinnata ja toetada traumas kogunud inimese ressursse – tema personaalseid tugevusi, tema säilenõtkust (*resilience*) ja traumajärgse arengu potentsiaali.

Läbivate pädevuste hulka kuulub ka psühhoterapeudi võimekus eneserefleksiooniks (eriti oluline siin, sest tööst tulenev emotsionaalne koormus on suur ja töö intensiivsus kõrge), oma pädevuste kaasajastamiseks ning töötamiseks võrgustikus (teha koostööd juhtumiga kokkupuutuvate spetsialistidega).

Spetsiifilised trauma-kesksed pädevused on jaotatud viide alarühma:

I teaduslikud teadmised traumast – trauma levimus, trauma tagajärjed inividile, suhetele ja laiematele gruppidele; ohustatud sihtrühmad; traumareaktsiooni mehhanism; tõenduspõhised sekkumised; oskus kriitiliselt hinnata traumast ja traumahäiretest avaldatud kirjandust; oskus tõenduspõhist teadmist seletada arusaadavalt kliendile.

II psühhosotsiaalse hindamise pädevused – valmisolek küsida traumaatiliste kogemuste kohta kõigilt klientidelt; trauma esinemise ja trauma mõjude hindamine erinevate traumaatiliste sündmuste puhul; trauma-spetsiifiliste sümptomitega arvestamine hindamisel (näiteks, dissotsiatsioon, vältimine, vallandajad); tugevuste ja säilenõtkuse hindamine; kultuuriliste, eagruppide ja muude kontekstide mõju arvestamine hindamisel; hindamisprotsessi kohandamine vastavalt sihtrühmale ja kogetud trauma tüübile; hindamisvahendite kriitiline hindamine.

III psühholoogilise sekkumise pädevused – teadmised empiirilisel uuritud sekkumistest (psühholoogilised, farmakoloogilised, somaatilised) traumaga seotud häirete ravis; oskus kriitiliselt mõelda sekkumise kohandamisel konkreetsele abivajajale (milline sekkumine, millises ajaraamis, millisele kliendile jne) ning hinnata selle kulgu läbi teraapiaprotsessi; muutuse protsessi komponentide ja mehhanismi mõistmine; võime tegeleda teise inimese kogemusega lähenedes sellele mitte-hinnanguliselt ja toetavalt (empaatia, austuse ja lugupidamisega) ning väljendades usku paranemisse; võime vältida vältimist psühhoteraapiat läbi viies ehk olla avatud ja järjekindel; võime teha koostööd traumat kogenud inimese pere, sotsiaalse võrgustiku ja teiste spetsialistidega; võime luua ja hoida terapeutilist suhet, mis soodustaks turvatunde, usalduse ja avatuse arengut.

IV professionaalsuse pädevused – oskus sensitiivselt arvestada oma töös seadusandlike ja muude väliste süsteemide poolt sätestatud reeglitega, ootustega ja nende mõjuga traumat kogenud inimesele (näiteks, menetlustoimingud uurimisprotsessis; konfidentsiaalsus; seadusest tulenevad nõuded jms); eetiliste aspektide tundlik arvestamine ja rakendamine; traumaatiliste kogemustega seotud teadmiste jagamine laiemal tasandil (avalik inforuum, ametkonnad jms).

V suhete ja laiema võrgustikuga seotud pädevused – mõistmine, kuidas trauma mõjutab suhete võrgustikku (trauma süsteemne mõju); valmisolek koostööks erinevatel tasanditel traumat kogenud inimest ümbritevates sotsiaalsetes süsteemides (näiteks, perekond, klassikaaslased; kaasatud spetsialistid); valmisolek interdistsiplinaarseks sekkumiseks vastavalt traumat kogenud inimese vajadustele; traumast harimise oskused erinevates sihtrühmades (alates üksik-kliendist kuni traumast mõjutatud laiemate gruppideni, näiteks organisatsioon); teadlikkus sellest, kuidas erinevad süsteemid (pere, institutsioonid, kogukond) võivad mõjutada esmast ja teisest traumakogemust ning vajadusel olema valmis sekkuma, et ennetada või abistada; teadlikkus sellest, kuidas erinevad suhte-süsteemid saavad aidata kaasa säilenõtkuse tugevdamisele traumakogemuse olukorras ning oskus seda rakendada.

8. Traumakeskselt töötavate spetsialistide töövõime hoidmine – koolitus ja supervisioon

Spetsialistid, kes töötavad traumatiseeritud sihtrühmaga, eriti lastega, on ise potentsiaalselt emotsionaalselt ohustatud: nii läbipõlemise kui kaastundeväsimuse (*compassion fatigue*) ehk nn professionaalse traumatiseerituse (*vicarious traumatization*; McCann, Pearlman, 1990)

mõttes. Viimati nimetatu on spetsiifiline just traumaga klientidega töötavate spetsialistide puhul – see viitab emotsionaalse pingeseisundile, mis tekib teiste inimeste äärmiselt keeruliste ja raskete kogemuste kuulamisest ja nende valule, hirmudele ja õudustele kaasa elamisest. Nimetatud pingeseisund võib avalduda personaalsete sümptomite tasandil erineval moel ning mõjutab nii spetsialisti mina-pilti, maailmavaadet, psühholoogilisi vajadusi, ning uskumusi.

Kõige enam on ohustatud algajad terapeudid (Ghahramanlou and Brodbeck, 2000; Pearlman and MacIan, 1995; viidatud UKPTS, 2017); terapeudid isikliku trauma kogemusega (Jenkins and Baird, 2002; Van Deusen and Way, 2006; Cunningham, 2003; viidatud UKPTS, 2017); ja need, kes töötavad traumapatsientidega suure koormusega (Schauben and Frazier, 1995; viidatud UKPTS, 2017).

UK Psychological Trauma Society (2017) poolt avaldatud kompleks-PTSH sekkumisjuhendis on toodud välja soovitusel erialase traumatiseerituse vähendamiseks:

- Traumatiseerituse varaste märkide teadmine ja nende märkamine
- Regulaarne supervisioon
- Kolleegide vaheline toetus, töötamine meeskonnas, mh ka eneseabi (toetuse) gruppide toimumine töökohas
- Töökoormuse (sisuline) piiramine (traumaatiliste juhtumite hulga piiramine)
- Tööaja juhtimine (päeva, nädala ja laiemas mõttes)
- Tasakaalus töö- ja eraelu

Lisan juurde sellele regulaarse täiendõppe võimaluse.

Kokkuvõttes, teiste abistamine on äärmiselt tagasiandev tegevus, kuid samas ka emotsionaalselt võtlev. Seetõttu on väga tähtis, et traumaga töötavad spetsialistid oleksid ise teadlikud ohtudest, mis neid varitsevad ning oleksid valmis nii ennetama kui toimetulema liiase emotsionaalse koormusega. Samuti on tähtis kollegiaalne toetus ja üksteise märkamine ning tööandja poolset ennetavate meetmete rakendamine ning abistamine ülekoormuse tekkimisel (näiteks, supervisiooni, täiendkoolituse, eneseabi; läbimõeldud ja paindliku tööaja ning liikumisharrastustega tegelemise võimaldamine).

9. Lühike psühholoogilist abi osutava spetsialisti pädevuse hindamise mudel.

Psühhoterapeudi valikul Eestis tuleb silmas pidada järgmisi põhipunkte:

- 1) baashariduseks minimaalselt magistrikraad järgmistel erialadel:
 - psühholoogias (Eestis eeldatakse Europsy nõutele vastavalt 5 aastast akadeemilist psühholoogiaõpet akrediteeritud õppekava järgi, millele lisandub 1 aastane superviseeritud praktika);
 - meditsiinis (6 aastane akadeemiline arstiõpe akrediteeritud õppekava järgi, millele lisandub residentuur, soovitavalt psühhiaatrias);
 - (kliinilises) sotsiaaltöös (5 aastane akadeemiline sotsiaaltöö õpe akrediteeritud õppekava järgi);
 - vaimse tervise õenduses (3,5+1,5 aastane rakenduskõrgharidus vaimse tervise õenduses akrediteeritud õppekava alusel).

JA/VÕI

- 2) riiklikult tunnustatud kutse omamine (psühhiaater; kliiniline psühholoog, koolipsühholoog, psühholoog-nõustaja; pereterapeut)

NING

- 3) psühhoterapeudi pädevus (omandatud kutse lisapädevusena; Eestis kliinilise psühholoogi ja psühhiaatri kutse lisapädevus) või psühhoteraapia koolkonna ühingu poolt väljastatud pädevust tõendav tunnistus.

Soovitavad psühhoteraapia koolkonnad ja meetodid traumatöoks lühidalt:

- **kognitiiv-käitumisteraapia** (ja selle edasiarendused; Eesti Kognitiivse Käitumisteraapia Assotsiatsioon)
- **EMDR** (sertifikaate väljendab EMDR Europe; Eestis kontaktiks: Traumateraapia ja koolituskeskus OÜ)
- **psühhodünaamiline teraapia** (ja selle edasiarendused; Eesti Psühhoanalüütilise Psühhoteraapia Assotsiatsioon)
- **Faasipõhine sekkumine kompleks-PTSH ravis** (eelpool nimetatud koolkondade raames; lisaks integreeritud teraapiad, nt Skeemiteraapia, Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon; dialektiline käitumisteraapia, EKKA)
- **pereteraapia** kui rakendatakse trauma-keskselt (Eesti Pereteraapia Ühing)
- **kiindumussuhte põhised sekkumised ja vanemlike oskuste programmid**
- **mängu- ja loovteraapiad**, kui rakendatakse trauma-keskselt või trauma-keskse psühhoteraapiaga paralleelselt
- lisaks muud psühholoogilise abi meetodid nagu näiteks **psühholoogiline nõustamine, eksistentsiaalne teraapia, geštalteraapia, psühhodraama** trauma-keskset psühhoteraapiat toetava meetodina või kui esimese valiku sekkumised kliendile ei sobi.

Küsitlusuuring Eesti spetsialistide hulgas

Töö tarbeks viidi läbi küsitlusuuring Eesti spetsialistide hulgas. Uuringusse kaasati spetsialistid, kes end identifitseerivad väärkoheldud laste ja noorukite abistajatena (psühholoogid, psühhiaatrid). Pöördumine edastati mitmete tööalaste e-kirja-listide kaudu (Ohvriabiga koostööd tegevad psühholoogid, psühhiaatrid; Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Psühhiaatrite Selts; Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit; Eesti Kognitiivse Käitumisteraapia Assotsiatsioon; Psühhotrauma huviliste /spetsialistide/ kirja-list).

Küsitluses osales 24 vastajat, kelle hulgas oli 21 naist ja 1 mees (2 ei vastanud). Ametilt oli vastanute hulgas 6 psühhiaatrit, 10 kliinilist psühholoogi, 1 koolipsühholoog ja 3 psühholoogi ning 1 sotsiaalpedagoog. Kaks vastanut identifitseeris end psühhoterapeudina.

Haridus pärines TÜ ja TLÜst 14 vastanul, 1 inimesel Peterburi ülikoolist ning 1 juhul oli tegemist täpsustamata magistrikraadiga (8 inimest ei vastanud sellele küsimusele). Vastajad olid enamuses pärit Põhja-Eestist sh Tallinnast (12), Lõuna-Eestis, sh Tartust oli 7 vastajat ning üks Haapsalust ja üks Ida-Virumaalt.

SVV ohvritega puutub oma töös kokku enamus vastanutest, täpsemalt 20, sh lastega töötab 10 vastajat, täiskasvanutega 16 vastajat, noortega 13 vastajat.

Küsitluses uuriti vastajatelt nende senise traumatöoks ettevalmistuse, kasutatavate hindamisvahendite ja sekkumismeetodite ning koolitusvajaduse kohta. Kasutati avatud küsimuse formaati, mis tähendas, et osaleja andis küsimustele omasõnalised vastused.

Küsisime, millise mudeli järgi vastajad psühhoterapeudina töötavad. Suurim osa vastanutest, 9, nimetas oma peamiseks sekkumismudeliks kognitiiv-käitumisteraapia, 3 vastajat nimetas selleks psühhoanalüütilise psühhoteraapia ning 3 vastanut ütlesid, et töötavad psühhiaatria ehk siis meditsiinilise mudeli keskselt. Nimetati ka humanistlikku (1), struktuuraalse dissotsiatsiooni (1) ja hulgitrauma (1) mudeleid.

Traumaspetsiifilise väljaõppe all nimetati erinevaid koolitusi kodu- ja välismaalt (nimekiri saadaval kokkuvõtte autori käest soovi korral), enamus neist seotud vastaja põhilise teraapia-koolkonna põhiste koolitustega. Mitmed vastajad on osalenud OÜ Traumateraapia- ja koolituskeskus OÜ poolt korraldatud komplekstrauma ja dissotsiatsiooni alastel koolitustel. Samuti on osaletud laste ja noorte trauma-keskse kognitiiv-käitumisteraapia veebikursusel, EKKA poolt korraldatud trauma-teemalistel koolitustel ning kriisipsühholoogia alastel koolitustel (nt Atle Dyregrovi koolitus, Traumateraapia ja koolituskeskus OÜ poolt korraldatud).

Traumaga töötamisel rakendatakse kõige enam kognitiiv-käitumuslikke tehnikaid (10 vastanut; nimetatud oli töö negatiivsete mõtetega, turvalisuskäitumistest loobumine, vallandajate kindlaks tegemine, lõdvestustehnikad, eksponeerimine, traumanarratiivi loomine, kujutlustehnikad, desensitiseerimine), aga ka EMDR (2), psühhoanalüütilisi tehnikaid (3), kliendikeskset lähenemist (1), teadveloleku ja aktsepteerimise tehnikaid (1), loovaid tehnikaid (3 vastanut; töö saviväljal, liivakasti pildid, joonistamine, visuaalkunstiteraapia), psühhofarmakone (2 vastanut) ning kaks vastanut ei kasuta spetsiifilisi tehnikaid.

Edasise koolitusvajaduse osas toodi vastustes välja ühelt poolt ootust spetsialistide kogukonnas koostöö järele (omavaheline kovisioon, korraldatud supervisioon, regulaarsus ja süsteemsus traumaspetsiifilises koolituses), teiselt poolt konkreetsete teemadena koolitusi dissotsiatsiooni, komplekstrauma, tõenduspõhiste meetodite (sh traumakeskne kognitiiv-käitumisteraapia, psühhoanalüütiline teraapia väikelapse ja vanemaga, EMDR), seksuaalselt väärkoheldute abistamise, kehateraapia tehnikate osas. Nimetati ka vajadust korrata traumaspetsiifilise psühhoteraapia algteadmisi üle.

Hindamisvahendite hulgas, mida oma töös kasutatakse, nimetati kliinilist intervjuud (13 korral) ning üksikuid trauma-spetsiifilisi teste nagu PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), DES (*Dissociative Experiences Scale*), ning mittespetsiifilisi nagu CDI (*Children Depression Inventory*), EEK-2 (Emotsionaalse Enesetunde küsimustik) ja Beck'i ärevuse skaala. Lisameetodite hulgas tuuakse välja loovvahendite kasutamist hindamisel (mänguasjad, muusikainstrumendid, liivakast, savi, värvid, projektiivtestid). Mitmed vastajad väljendasid selget vajadust standardiseeritud ja kohandatud traumaspetsiifiliste mõõtvahendite järele.

Uuringus osales järelduste tegemiseks liiga vähe spetsialiste, ning vastuste alusel võib eeldada, et vastasid pigem need, kellel on antud teemaga tihedam kokkupuude. Seega, võib nende tulemuste alusel piirduda vaid edasist uurimist vajavate väidete sõnastamisega, nagu:

- Traumaspetsiifiline väljaõpe on Eestis juhusliku moega ning toimunud seni pigem spetsialistide isiklikust initsiatiivist
- Töökäes vajalike traumaspetsiifilisi töövahendeid (hindamine, psühhoterapeutilised sekkumised) on vaja juurde ning nende kasutamist koordineerida (et kogukonnal oleks juurdepääs näiteks hindamisvahenditele)

- Psühholoogilise abi pakkujad (psühholoogid, psühhiaatrid jt teised) vajaksid süsteemsemat nende tööd toetavat süsteemi tööandjate poolt – supervisioon, väljaõpe, vajadusel eneseteraapia.

Edasised tegevused võiksid hõlmata järgmisi:

- Samalaadse uuringu läbi viimine suuremal valimil – TÜ psühholoogia instituudi poolt.
- Hindamisvahendite ja teraapiameetodite arendamisega tegelemine – kutsuda koostööle asjassepuutuvad organisatsioonid nagu Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Kliiniste psühholoogide kutseliit, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Koolipsühholoogide Ühing, Tartu Ülikooli ja Tallinna Ülikooli psühholoogia instituudid.
- Trauma-alase väljaõppe, sealjuures supervisiooni arendamine – selleks võiks luua ülikoolide juurde interdistsiplinaarse kompetentsikeskuse (mis kaasaks näiteks nii meditsiini, psühholoogia, sotsiaaltöö, haridus- kui eripedagoogika valdkondi).

Käesoleva töö raames viidi läbi traumad kogenud lastele ja noortele psühholoogilise abi pakkujate kaardistamine Eestis.

Üleskutsele vastas 58 spetsialisti, kelle hulgas on 17 kliinilist psühholoogi, 8 koolipsühholoogi, 16 ilma kutseta psühholoogi, 3 psühhiaatrit, 6 sotsiaaltöötajat, 2 eripedagoog-nõustajat, 3 loovterapeuti ning üks vastaja identifitseeris end mtü juhatuse esimehena. Oma töös kasutatavate teraapia mudelitena nimetati (mõned vastajad olid nimetanud mitut mudelit):

17 korral pereteraapiat

10 korral psühhoanalüütilisi mudeleid

10 korral kognitiiv-käitumisteraapiat

6 korral erinevaid algkoolitusi (pereteraapia, kkt)

5 korral lahenduskeskset lühiteraapiat

4 korral geštaltheraapiat

4 korral skeemiteraapiat

3 korral EMDR-i

2 korral liivateraapiat

1 korral (igat) eksistentsiaalteraapiat, kriisinõustamist, mänguteraapiat, psühhodraamat, struktuuralse dissotsiatsiooni teooria põhine teraapia.

4 vastajal puudus psühhoterapeutiline väljaõpe

Enamus spetsialiste pakuvad oma teenust Tallinnas, Tartus ja Pärnus, üksikute spetsialistidega on esindatud (juhuslikus järjekorras) Elva, Viljandi, Haapsalu, Kohila, Valga, Rapla, Tabasalu, Paldiski, Võru, Paide, Põltsamaa, Saue, Kehra, Põlva.

KASUTATUD ALLIKAD:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.
- American Society for the Positive Care of Children (ASPPCC; 2019). *Child maltreatment statistics in US*. <https://americanspcc.org/child-abuse-statistics/> Viimati külastatud 10.01.2019
- Brewin, C.; Dalgleish, T.; Jopseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4): 670-686
- Chaffin, M.; Hanson. R.; Saunders, B.E.; et al. (2006). Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11 (1): 76–89, doi:10.1177/1077559505283699
- Chess, S.; Thomas, A. (1996). *Temperament: Theory and Practice*. New York, Brunner/Mazel. ISBN: 0876308353
- Children and War Foundation (2005). *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)* <http://www.childrenandwar.org/> Viimati külastatud 15.dets.2018
- Cloitre, M.; Koenen, K.C.; Cohen, L.R.; Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed to exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen, JA, Mannarino, AP, & Deblinger, E (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cohen, JA, Mannarino, AP, Kliethermes, M & Murray, LA (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36, 528-541
- Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eesti Psühholoogide Liit (2013). Kutse andmise kord kliinilise psühholoogi kutsetele. <http://www.epl.org.ee/wb/media/files/Kutsed2015/Kliinilise%20psuehholoogia%20kutsete%20OKA%20kord%2011.12.2013.pdf> Viimati külastatud 05.jaan.2019
- Farias, M.; Wikholm, C. (2015). Ommm... Aargh. *New Scientist*, 226 (3021), 28-29.
- Foa, E. B.; Asnaani, A.; Zang, Y.; Capaldi, S.; Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(1): 38-46; doi:10.1080/15374416.2017.1350962

- Fonagy, P., (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14, 137-150
- Gil, E.; Johnson, T.C. (1993). *Sexualized Children: Assessment and Treatment of Sexualized Children and Children Who Molest*. Launch Press.
- Gilbert, P. (2013). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. UK: Constable & Robinson Ltd
- Greenwald, R. (1993). *Using EMDR with children*. Pacific Grove, CA: EMDR Institute
- Harned, M.S.; Chapman, A.L.; Dexter-Mazza, E.T.; Murray, A.; Comtois, K.A., Linehan, M.M. (2008). Treating co-occurring Axis-I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068.
- Hembree-Kigin, T.L.; McNeil, C.B. (1995). *Clinical child psychology library. Parent-child interaction therapy*. New York, NY,US: Plenum Press. ISBN 978-1-4899-1439-2
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. USA: Basic Books.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Temperament ja kooliedu. Eesti Lastekaitse Liit. ISBN: 9789949182626
- Lubit, R., Maldonado-Durán, J. M., Bram, L., Pataki, C., Lartigue, T., & Windle, M. (2015). *Attachment disorders*. <https://emedicine.medscape.com/article/915447-treatment#d7> Viimati külastatud 25.dets.2018
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Liivamägi, J. (2011). Laste ja noorukite rasked stresshäired. AS Medicina, Tallinn
- Maar, A. (2016). Psühhoanalüütilisest vaatest sõltuvusele. https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2016/05/2._ps%C3%BChhoanal%C3%BC%C3%BCtilisest_vaatest_s%C3%BC5ltuvusele_eap2016mai_maar.pdf Viimati külastatud 23.dets.2018
- Malchiodi, C. (2005). *Expressive therapies*. New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. (2012). Art therapy and the brain. In C. Malchiodi (ed.), *Handbook of Art Therapy*. New York: Guilford Press.
- Mercer, J. (2005). Coercive restraint therapies: a dangerous alternative mental health intervention. *Medscape General Medicine*, Aug 9;7(3):6

McCann, I. L.; Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1): 131–149. doi:10.1007/BF00975140.

Najavits, L.M.; Gallop, R.J.; Weiss, R.D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance abuse disorders: a randomized clinical trials. *Journal of Behavioral Health Service and Research*, 33(4); 453-463

Rass, S.; Valvas, T.; Visnapuu-Bernardt, P. (2012). Vanemlike oskuste diagnostika ja hindamisvahendite esmane analüüs. Pro Familia.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/vanemlike_oskuste_diagnostika_hindamisvahendite_esmane_analuu_s.pdf Viimati külastatud 08.jaan.2018

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short term treatment for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing

Shapiro F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 20(3):211-7.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.

Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York; Guilford Press.

Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.

Trowell, J.; Kolvin, I.; Weeranamthri, T. et al (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 160: 234-247.

WHO (2014). *Global status report on violence prevention*. apps.who.int/violence-info/child-maltreatment Viimati külastatud 20.dets.2018

WHO (2016). *Child maltreatment*.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf?ua=1
<http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/> Viimati külastatud 27.dets.2018

WHO (2018). *International classification of diseases (ICD-11)*. <https://icd.who.int/> Viimati külastatud 03.01.2019

WHO (2018). *Violence against children. Fact sheet.*
<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/violence-against-children/en/> Viimati külastatud 27.dets.2018

Wieland, S.; Riis, M. (2012). Varajase lapse trauma ja võimalused lapse abistamiseks. *Sotsiaaltöö*, 5, lk 36-40. ISSN 1406-8826

RAVIJUHENDID JA ÜLEVAATED

AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.

AACAP (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.

American Psychological Association (2015). *Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training.* <http://www.apa.org/ed/resources/trauma-competencies-training.pdf>
 Viimati külastatud 20.okt.2018

American Psychological Association (2017). *American Psychological Association Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).*
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> Viimati külastatud 30.nov.2018

American Psychiatric Association (2004). *American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with ASD and PTSD.*
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx Viimati külastatud 30.nov.2018

Bisson, J.I.; Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Library*, 3

Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M, Cooper R, Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH; 2013). *Australian guidelines for the treatment of adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*
<https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
 Viimati külastatud 24.november 2018

Cook, A.; Spinazzola, J.; Ford, J.; Lanktree, C.; Blaustein, M.; Cloitre, M.; DeRosa, R.; Hubbard, R.; Kagan, R.; Liataud, J. et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 35: 390–98; DOI: 10.3928/00485713-20050501-05

Ford, J. D., Stover, C. S., Elmore, D., Ghosh Ippen, C., Hanson, R. F., Kassam-Adams, N., Kerig, P. K., & Mannarino, A. P. (2017a). *Trauma Screening and Assessment for Children and Adolescents: Tips for Psychologists.* Washington, DC: American Psychological

Association Division 56 (Trauma Psychology). <http://www.apatraumadivision.org/679/child-adolescent-tip-sheets.html>

Ford, J. D., Stover, C. S., Elmore, D., Ghosh Ippen, C., Hanson, R. F., Kassam-Adams, N., Kerig, P. K., & Mannarino, A. P. (2017b). *Treatment of Children and Adolescents with Trauma Symptoms: Tips for Psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association Division 56 (Trauma psychology). <http://www.apatraumadivision.org/679/child-adolescent-tip-sheets.html>

Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen, J. (2009). *Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Trauma Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Gillies, D.; Taylor, F.; Gray, C.; O'Brien, L.; D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). Evidence Based Child Health.: *A Cochrane Review Journal*, May; 8(3):1004-116. doi:10.1002/ebch.1916.

ISTSS (2017). *The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) Guidelines position paper on Complex PTSD in adults*. [https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Adults\)_FNL.pdf.aspx](https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf.aspx) Viimati külastatud 26.dets.2018

ISTSS (2018). *Posttraumatic Stress Disorder. Prevention and Treatment guidelines. Methodology and recommendations*. https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx Viimati külastatud 26.dets.2018

ISTSS (2018). *ISTSS Guidelines position paper on Complex PTSD in children and adolescent*. [https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child Adol\)_FNL.pdf.aspx](https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Child Adol)_FNL.pdf.aspx) Viimati külastatud 26. dets.2018

Kauffman Foundation (2004). *Closing the quality chasm in child abuse treatment: identifying and disseminating the best practices. The Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse*. <https://depts.washington.edu/hcsats/PDF/kauffmanfinal.pdf> Viimati külastatud 26.dets.2018

NICE guideline (2017). *Child abuse and neglect*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76> Viimati külastatud 29.dets.2018

NICE guideline (2018). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> Viimati külastatud 26.dets.2018

Potgieter Marks, R.; Struik, A.; Sabau, A.; Gerge, A.; van Dijke, A. (2017). *Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescent with dissociative symptoms and dissociative disorder*. ESTD

https://www.estd.org/sites/default/files/files/estd_guidelines_child_and_adolescents_first_update_july_2.pdf Viimati külastatud 26.dets.2018

Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2003). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* (Final Report: January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 29, 547.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.

Zeanah, C., Chesher, T. & Boris N. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (11), 990–1003

UK Psychological Trauma Society (2017). *Guideline for the treatment and planning of services for complex post-traumatic stress disorder in adults*.
http://www.ukpts.co.uk/guidance_11_2920929231.pdf Viimati külastatud 20.dets.2018

Virginia Commission (2017). *Collection of Evidence-based Practices for Children and Adolescents with Mental Health Treatment Needs*. 6th ed. Senate document No 6 Commonwealth of Virginia Richmond <http://vcoy.virginia.gov/collection.asp> Viimati külastatud 25.dets.2018

WHO (2013). *The guidelines for Management of conditions specifically related to stress*.
https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/ Viimati külastatud 26.dets.2018