

101

LAHENDUSKESKSET KÜSIMUST
TOIMETULEKUKS TRAUMAGA

FREDRIKE BANNINK

1

TRAUMA

Sissejuhatus

Trauma (kreeka k sõnast “haav”) viitab kas füüsilisele vigastusele või psühholoogilisele šokile või tõsisele stressile, mis tuleneb traumaatilisest sündmusest. Psühholoogiline trauma on üks osa inimese elust. Siiski ei teki valdaval osal inimestest post-traumaatilist stressihäiret. Epidemioloogilised uuringud PTSD⁷ leviku osas viitavad, et toimetulek on üldine norm, mitte erandlik olukord. Selles peatükis antakse lühike ülevaade PTSD kohta, millele järgnevad trauma kohta esitatud müüdid. Minu nägemus *traumajärgsest edust (sisemisest kasvust)* hõlmab kolme mõistet: taastumine, sisemine rikastumine, vastupidavus. Kliendi ressursside mõistmine aitab terapeudil edendada positiivset arengut, ja selle asemel, et keskenduda sellele, mis on viga, kasutatakse juhtunut, et kliendi elu muutuks paremaks, mitte halvemaks.

Post-traumaatiline stressihäire

Trauma kogemine on inimeseks olemise paratamatu osa, ajalugu on kirjutatud verega. Evolutsiooni vältel on inimesed kogenud kohutavaid olukordi: õnnetusi, meditsiinilisi komplikatsioone või haigusi; lapsepõlve füüsilist või seksuaalset väärkohtlemist või millegi sellise kõrvalt nägemist; täiskasvanuna füüsilist või seksuaalset väärkohtlemist; sõjaolukordi; tööd politseis või muudes ametites, mis hõlmavad kokkupuudet vägivalla või eluohtlike loodusõnnetustega. Stress on normaalne reaktsioon õudusele, abitusele ja hirmule – need on kriitilised elemendid trauma kogemuses.

⁷ Ingliskeelne lühend PTSD (*post-traumatic stress disorder*) on lühend eestikeelsele mõistele traumajärgne stressihäire. Eesti haiguste klassifikatsioonis on kasutusel osalise tõlkega termin: post-traumaatiline stressihäire, lühendina on Eestis kasutusel nii ingliskeelne PTSD, harvem ka eestikeelne PTSH.

Hea uudis on see, et vaid väikesel osal inimestest tekib traumajärgne stressihäire ja nendestki umbes $\frac{2}{3}$ kogeb aja jooksul sümptomite möödumist (McFarlane ja Yehuda, 1996). Riikliku kaasuvate haiguste uuringu (NCS-1⁸) andmete kohaselt on 50-60% Ameerika elanikkonnast mingil ajahetkel kokku puutunud traumaatilise sündmusega ja ainult 8% neist koges kõiki sümptomeid sisaldavat PTSD-d (Kessler, Sonnega, Bromet, Higher ja Nelson, 1995).

Seega valdaval osal inimestest, kes kogevad traumaatilist sündmust, ei kujune välja traumajärgset stressihäiret. Nad võivad kannatada akuutsete sümptomite all nagu tuimus, eemaletõmbumine, iseenda ja ümbruse tajumine võõra või veidrana (depersonalisatsioon ja derealisatsioon), suutmatus seoses läbielatud luua ühtset tervikut mõtetest, tunnetest ja mälestustest (dissotsiatiivsus), õudusunenäod ja -mõtted, taaskogetavad tunde- ja mälopildid, juhtunut meenutavate stiimulite vältimine. Need sümptomid võivad ise kaduda, tavaliselt umbes nelja nädala jooksul pärast sündmust.

Ehkki PTSD sümptomeid on tuvastatud läbi ajaloo, tunnustati diagnoosi sellisena nagu me seda tänapäeval teame alles 1980-ndatel. Enne seda viidati PTSD-le kui *lahingšokile, võitlusväsimusele või sõjaneuroosile*.

PTSD oluline tunnus on iseloomulike sümptomite tekkimine pärast kokkupuudet väga traumaatilise sündmusega, mille puhul on olnud otsene isiklik kogemus. See võib tähendada reaalsel surma olukorda või surma või tõsise vigastuse ohtu, aga ka mõnda teist ohtu inimese füüsilisele puutumatusse (nt seksuaalne väärkohtlemine). Samuti võib see tähendada kõrvalt nähtud olukorda, millega on kaasnenud surm, vigastus või oht mõne teise inimese füüsilisele puutumatusse; teade ootamatust või vägivaldsest

⁸ NCS-1 (*National Comorbidity Survey*) oli esimene ulatuslik vaimse tervise uuring Ameerika Ühendriikides aastatel 1990–1992.

surmast, kahjust või surma või vigastuse ohust pereliikmele või mõnele teisele lähedasele inimesele; või pidev kokkupuude stressi tekitavate olukordadega, näiteks kui politseinikud või nõustajad pidevalt kuulevad detaile seksuaalse väärkohtlemise kohta.

Olemas on konsensus PTSD märkide ja sümptomite osas, kuid jätkuvalt toimub arutelu *traumaatilise sündmuse* definitsiooni osas. Algupäraselt oli traumaatiline sündmus tõlgendatud sümptomaatika vaatest – kui inimesel ilmnis teatud kogum stressist tekitatud sümptomeid, eeldati, et ta on kogenud traumaatilist sündmust. See teooria põhines eeldusel, et traumaatilised sündmused põhjustavad igal üksikisikul märke tugevast mitte kohanemisest ja kõigil puudutatutel on sarnased sümptomid ehk need on universaalsed. Hiljem nihkus fookus tunnustelt kogetud olukorra erilisele, tõlgendades seda kui “normaalse kogemuse piiridest väljas olevaks”. Kaudne eeldus universaalseks reaktsiooniks olukorrale jäi aga endiselt püsima. Kuna selline definitsioon sai suure kriitika osaliseks, lisati sündmuse kirjeldusele stressi tunnused: reaalne kogemus või oht surmaks või tõsiseks vigastuseks ning reaktsioon sellele, mis hõlmab hirmu, abitust ja õudust.

“Psüühikahäirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu” viienda väljaande (DSM-5⁹; *American Psychiatric Association*, 2013) kohaselt ei hõlma traumaatilise olukorra definitsioon enam subjektiivseid stressireaktsioone. Kaz De Jong on selgitanud, et kestev keerukus traumaatilise sündmuse defineerimisel peegeldubki DSM-i definitsioonis (2014).

Küll aga ei saa ükski olukord olla universaalselt traumaatiline. Inimesed nimetavad vägivaldseid olukordi potentsiaalselt traumaatiliseks ainult siis, kui need on toimumise hetkel proportsioonist väljas; samas

⁹ *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)* on Ameerika Psühholoogide Assotsiatsiooni (APA) väljaanne.

kui teistel tingimustel neid ei nimetataks traumeerivateks (Horwitz ja Wakefield, 2007; Spitzer ja Wakefield, 2007). Seega kasutan ma selles raamatus terminit traumaatiline kogemus, mitte traumaatiline olukord.

*Komplekstrauma*¹⁰ ei ole ametlik diagnoos ehkki mitmed terapeudid seda kasutavad. Seda tüüpi PTSD on DSM-5-s viidatud kui post-traumaatilise stressihäire dissotsiatiivne alatüüp, kuna sageli esinevad komplekstrauma korral samaaegselt PTSD ja dissotsiatiivsete ja/ või isiksushäirete sümptomid. Dissotsiatiivseks sümptomiks võib olla kogemus oma kehast või vaimust eemaldumisest, või on kogemus, kus maailm tundub ebareaalne, unenäo-laadne või on moondunud. Kliendid, kes kannatavad komplekstrauma käes, ei suuda sageli teisi inimesi usaldada, neil võivad esineda kalduvused ennast vigastada (nt löikumine või teistlaadi enesevigastamine, ka suitsiidkatsed, kõrge riskiga impulsiivne käitumine nagu ekstreemsed narko- või alkoholimürgistused). Sageli on kaasuvana ka piirialane isiksushäire, söömishäire, ainete kuritarvitamine või sõltuvus, paanikahäire, skisoidne või skisotüüpne isiksushäire.

Laias laastus on pooltel PTSD-ga inimestel kaasuvana raske depressioon (Shalev jt, 1998). (*Vt Osa 2: Depressioon*)

Müüdid trauma kohta

Üks müüt stressi ja trauma kohta on väide, et nendega kaasnevad ainult negatiivsed efektid ja mõju. Uuringud aga näitavad, et kroonilise stressi ajal võib positiivne ja negatiivne mõju esineda üheaegselt ning positiivsel mõjul on toimetulekut tõstvad ülesanded (Folkman ja Moskowitz, 2000). Paljud psühholoogid ja psühhiaatrid said patoloogideks ja viktimoloogideks, keskendudes individuaalsete kannatuste hindamisele

10 Komplekstrauma inglise k *Complex-PTSD* või *C-PTSD*.

ja ravile (et teha õnnetud inimesed vähem õnnetuks). Terapeutid tegelesid patsiendi traumade ravimisega haigusest tulenevate kahjustuste parandamiseks. Selline fookus patoloogiale (“Mis sul viga on?”) on genereerinud mitmeid müüte stressi ja trauma kohta:

- Kõik, kes kogevad traumaatilist sündmust, saavad PTSD.
- Inimesed peavad psühhoteraapias käima, et saada PTSD-st üle.
- Ainus efektiivne ravi PTSD-le on pikaajaline psühhoteraapia, kus klient taaskogeb ja mäletab kõike, mis traumaatilise sündmuse ajal juhtus.
- Traumal on ainult negatiivne mõju.

Sõjaväes, politseis ja teistel ametikohtadel, kus inimesed on vägivalda ja katastroofidega pidevas kokkupuutes, on endiselt kasutusel kahjustavad põhimõtted, nt “Abi otsimine lõpetab mu karjääri, sest mind nähakse negatiivses valguses.” “Kui ma lähen nõustaja juurde, saavad kõik sellest teada.” “Nõustamisest ei ole kasu.”

LUGU 1. *Anna oma elust ära 13,6 aastat*

Jason N. Doctor, Lori A. Zoellner ja Norah C. Feeny (2011) intervjuueerisid 184 inimest, kes otsisid Ameerikas kahes erinevas kohas ja piirkonnas abi PTSD-ga toimetulekuks. Uurijad leidsid, et traumaatiliste kogemuste meenutustel nagu ka teatud tegevuste ja mõtete vältimisel, mida nähakse kui düsfunktsionaalset käitumist, oli väga väike korrelatsioon inimese tajutud heaoluga. Küll aga sümptomid, mis olid seotud kõrgeenenud erutusega nagu nt magamisraskused, ärrituvus, valvsus – need olid seostatud madalama elukvaliteediga. Vältimise efekti seos elukvaliteediga oli piiratud, kuna see on toimetulekustrateegia ja võib lühikeses perspektiivis heaolu tõsta. Teadlased leidsid, et PTSD-ga kliendid olid valmis keskmiselt 13.6 aastat oma elust ära andma, et elada ilma sümptomitest tingitud raskuseta. Nad olid valmis