

VAIMNE TERVIS – VÄÄRTUS MEIE KÕIGI JAOKS

Infokogumik laste vaimse tervise häiretest



SISUKORD

Sissejuhatus	4 - 7
Autorite lühitutvustus	8 - 10
Vaimne alareng ja õpiraskused	11 - 22
Käitumishäired	23 - 35
Aktiivsus- ja tähelepanuhäired	36 - 47
Pervasiivsed arenguhäired	48 - 59
Emotsionaalsed häired	60 - 71
Stressiga seotud häired	72 - 84
Söömishäired	85 - 98

Sissejuhatus

Laste vaimse tervise nimel on vajalik koostöö kõigi lapsega kokku puutuvate täiskasvanute vahel. Üheks koostöö eelduseks on teadmised vaimsest tervisest aga ka vaimse tervise häiretest. Kuna ärksama osa päevast veedavad lapsed tavaliselt koolis, siis on eeskätt õpetajatel, aga ka teistel koolitöötajatel, tihe kokkupuude lastega. Kuigi kooli eesmärgina nähakse peamiselt võimalust õppimiseks ning uute teadmiste omandamiseks, mõjutab iga keskkond, kus laps viibib ning inimesed tema ümber lapse isiksuseks kujunemist ja tema vaimset tervist laiemas mõttes. Maailma Tervishoiu Organisatsioon (2001) käsitleb vaimset tervist heaolu seisundina, milles indiviid saab realiseerida oma võimeid, tuleb toime pingetega elus, töötab tulemuslikult ja viljakalt ning annab oma panuse ühiskondlikku ellu. Hea tervisega, sealhulgas vaimse tervisega, laps suudab enamasti täita koolis esitatavaid nõudmisi ning keskenduda uute teadmiste omandamisele. Paljud vaimse tervise häired aga mõjutavad lapse igapäevast toimetulekut nii olulisel määral, et vaja on kohandada õpikeskkonda, lapsele õppetöös esitatavaid nõudmisi või osutada muud vajalikku abi ja toetust, et koolitee lapsele ülejõukäivaks pingutuseks ei osutuks.

Käesoleva kogumiku idee sai alguse Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefondi projektist „Vaimne tervis – väärtus meie kõigi jaoks“, mille raames SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku lasteosakonna töötajad viisid kahe aasta jooksul läbi laste vaimse tervise häireid käsitlevaid koolituspäevi. Koolitused olid suunatud eeskätt õpetajatele, huvi nende vastu oli suur ning tagasiside innustav teemakäsitlustega jätkamiseks. Käesolev kogumik valmis projekti „Hoolime koos laste vaimsest tervisest“ raames. Projekti toetab Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond, Swedbanki annetuskeskkond „Ma armastan aidata“ ning SA Tartu Ülikooli Kliinikum. Täpsemalt on projektidega võimalik tutvuda allpooltoodud linkidele klõpsates. Samuti võib igaüks, kes on projekti toetavates annetuskeskkondades annetuse teinud, lugeda ennastki osaliseks kogumiku valmimisel.

Kogumiku eesmärgiks on anda lastega igapäevaselt tegelevatele mittemeditsiinilise haridusega spetsialistidele, eeskätt õpetajatele, teadmisi laste vaimse tervise häirete kohta. Need teadmised võivad õpetajale abiks olla lapse käitumise ja hingeelu mõistmisel ning tuua seeläbi kasu lapsele, kes õpetajaga igapäevaselt

kokku puutub. Teadmised vaimse tervise häiretest aitavad kaasa koolitöötajate ja tervishoiutöötajate omavahelisele koostööle raskustesse sattunud lapse abistamisel. Kindlasti ei ole teadmiste jagamise eesmärgiks ootus, et õpetajad hakkaksid lapsel ise mõnda psüühikahäiret diagnoosima – see jääb ikka lastepsühhiaatrilise meeskonna ülesandeks. Küll aga on õpetajal võimalik tähele panna märke, mis lapse võimalikule psüühikahäirele viitavad ja kaasa aidata abivõimalusteni jõudmisel.

Kogumikus kasutatakse teksti lihtsuse mõttes igas vanuses õpilaste kohta üldistatult väljendit „laps“, mis hõlmab kõiki kuni 18-aastaseid inimesi. Kui on vajalik rõhutada mingi vanusegrupi eripära, siis on seda tehtud peamiselt kooliastmega paralleeli tõmmates – näiteks „algkooliealine laps“ või ka käibesõnu kasutades – näiteks „teismeline“.

Selguse ja sisust arusaamise huvides on tekst püütud koostada võimalikult arusaadavaid eestikeelseid oskussõnu kasutades. Infoks on sulgudes lisatud meditsiinis sageli kasutatavad, enamasti võõrkeelest tulenevad, oskussõnad ja mõisted, millelge lugeja igapäevaselt ehk kokku ei puutu, kuid mida ta võib kohata mõne teadusliku uurimustöö või artikli lugemisel. Samuti kasutatakse lühendeid psüühikahäire korduval nimetamisel tekstis, lühend on sulgudes psüühikahäire esmakordse nimetuse järel.

Haiguste ja häirete diagnoosimise aluseks Eestis on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt väljaantud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10 versioon RHK-10 ja sellise lühendiga on see kogumiku kõikides peatükkides tähistatud. RHK-10 V peatükis on loetletud psüühika- ja käitumishäirete diagnoosikriteeriumid ning nendest lähtuvalt kirjeldatakse ka kogumikus tutvustatavaid laste vaimse tervise häired. Ameerika Ühendriikides, paljudes Euroopa riikides (näiteks Soomes) aga enamasti ka teadusuuringutes kasutatakse Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni poolt välja töötatud diagnostikasüsteemi - DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), mille V versioon hakkas kehtima 2013.a. Kuna kahe diagnostikasüsteemi erinevused omavad tähtsust eeskätt meditsiini kontekstis, siis kogumiku sihtgruppi arvestades neid erisusi kogumikus ei käsitleta. RHK-10-s on igal diagnoosil tähte ja numbrikombinatsiooni sisaldav diagnoosikood, psüühika- ja käitumishäireid tähistatakse tähega „F“. RHK-10 ingliskeelne versioon valmis 1992.a., vahepealsete aastakümnete jooksul on lisandunud palju uusi tõenduspõhiseid teadmisi ajutegevuse kohta ja neidki teadmisi on kogumiku teemakäsitlustesse lisatud. Samuti kajastuvad kogumikus selle autorite praktilised kogemused.

Kogumikus ei käsitleta kõiki lastel esinevaid psüühika- ja käitumishäireid, vaid sagedasemaid ja kooli kontekstis olulisemaid. Kogumiku sihtgruppi arvestades ei tule täpsemalt juttu ka ravimitest, kuigi mõnes peatükis on nimetatud kasutatavate ravimite grupid.

Lastepsühhiaatrias toimub psüühikahäirete diagnoosimine ja sekkumiste kavandamine enamasti lastepsühhiaatrilise meeskonna liikmete koostöös. Meeskonda kuuluvad lastepsühhiaater, kliiniline lapsepsühholoog, logopeed ja/või eripedagoog ning sageli ka sotsiaaltöötaja.

Kogumiku kõikides teemakäsitlustes püütakse esile tuua konkreetse psüühikahäire kõige olulisemad aspektid. Kuna psüühiline tegevus ja käitumine on seotud ajutegevusega, erinevad aju osad on omavahel seotud ja teevad tihedat koostööd, siis võib lapsel sageli samaaegselt esineda mitu psüühikahäirena diagnoositavat seisundit. Rõhutada tuleb, et lapse abistamine koolis ei lähtu mitte niivõrd diagnoosist, kuivõrd sellest, missugused raskused lapsel psüühikahäirest tulenevalt tegelikult on. Näiteks võib keskendumisvõime olla häiritud mitmete erinevate psüühikahäirete korral ja lapsel aitab paremini toime tulla võimalikult väheste samaaegsete stiimulitega keskkond - sõltumata sellest, kas keskendumisraskused on seotud aktiivsus-tähelepanuhäirega või ülemäärase ärevusega. Sama diagnoosiga lastel võivad häirele omased sümptomid väljenduda erineva tugevusega; mõnel lapsel võib lisanduda mõni teine psüühikahäire, kuid mõnel mitte; osadel lastest võib samaaegselt esineda ka krooniline kehaline haigus või kehaline puue; mõni heade võimetega laps väsib vaimsest pingutusest kiiresti, kuid mõni eakohasest nõrgemate võimetega laps võib olla suuteline pikaajaseks vaimset pingutust nõudvaks tegevuseks jne. Kõigest sellest tulenevalt peab osutatav abi lähtuma alati konkreetse lapse vajadustest, mitte ainuüksi lapsel diagnoositud psüühikahäirest. Kuigi pere ja kooli koostöö on lapse abistamisel alati vajalik, ei pruugi see erinevatel põhjustel siiski õnnestuda – sedagi tuleb lapse abistamisel arvesse võtta. Kui pereliikmete toetusele, näiteks vanemate endi toimetulematuse, pingeliste peresuhete, materiaalsete olude vms. tõttu, ei saa lapse abistamisel loota, siis jääb kooliga seotud küsimustes suurem roll lapse abistamisel kooli kanda. Abi, mida laps vajab psüühikahäirest tulenevalt, võib mõnikord olla pikaajaline, kesta läbi kõigi kooliaastate; mõnikord aga piirduda mõne kuu või aastaga. Osade psüühikahäirete, näiteks õpiraskuste ja käitumishäirete, korral on meditsiinisüsteemil peamiselt diagnoosija, mitte niivõrd abistaja roll; peamised abistajad on õpetajad, eripedagoogid, psühholoogid ja sotsiaalpedagoogid. Mõnede psüühikahäirete, näiteks söömishäirete või depressiooni, korral on meditsiinisüsteemil peamine roll lapse abistamisel ja kool saab olla vaid toetajaks.

Kogumikus ei anta õpetajatele sisulisi konkreetseid nõuandeid pedagoogika ja eripedagoogika valdkonda puudutavates küsimustes, sest nendes on haridusspetsialistid kindlasti meditsiinitöötajatest pädevamad. Haridussüsteemi poolt pakutavad võimalused on täpsemalt lahti kirjutatud Haridusministeeriumi poolt välja antud dokumentides, millega igüks saab vajadusel internetis tutvuda. Samuti on igas maakonnas olemas nõustamiskomisjonid, mille spetsialistidelt on ka õpetajal võimalus nõu ja abi küsida. Väga tähtis on koolitöötajate, nii õpetajate, tugispetsialistide kui ka kooli tervishoiutöötaja, omavaheline koostöö, kogemuste jagamine ja heade tulemusteni viinud võtete laialdane rakendamine.

Kogumiku iga peatüki lõpus on loetletud kasutatud infoallikad ning soovitused materjalide kohta, mida teemast rohkem huvitatud võiksid täiendavalt lugeda. Kuna põhiliseks allikaks kõigi käsitletud psüühikahäirete korral on RHK-10, siis seda viidet eraldi iga peatüki lõppu ei lisatud. Lühidalt on tutvustatud ka kogumiku autoreid.

Täpsemalt saab projektide kohta infot:

<http://lastefond.ee/lastefondist/projektid/hmn-vaimne-tervis-vaartus-meie-koigi-jaoks/>

<http://lastefond.ee/lastefondist/projektid/hoolime-koos-laste-vaimsest-tervisest-3/>

Kogumiku koostajate nimel

Anu Susi

Autoritest

Aime Meos töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas lastepsühhiaatrina alates 2004.a.. Eelnevalt, alates 1983.a., töötas lastepsühhiaatrina SA TÜ Kliinikumi Lastekliinikus. 1993.a. alates on olnud Tartu nõustamis- ja õpiabikeskuses, hiljem Hariduse Tugiteenuste Keskuses psühhiaater- perenõustaja, osalenud Tartu linna nõustamiskomisjoni töös. Omab lastepsühhiaatri, psühhiaatri ja pereterapeudi pädevust.

Anu Susi töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikus lastepsühhiaatrina alates 1985.aastast, omab pädevust psühhiaatria erialal ja lastepsühhiaatria kõrvalerialal. Ta osaleb Eesti Autismiühingu töös, on läbinud pereteraapia ja kognitiiv-käitumisteraapia algkoolituse, on kooli tervishoiutöötajatele suunatud laste vaimset tervist käsitleva kogumiku üks autoritest.

Eveli Mesikäpp töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas alates 2005. aastast, õena 2007. aastast. Söömishäirega lastega on süvendatult tegelenud viimased 4 aastat. Käesoleval aastal alustas ta õpinguid Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ja spetsialiseerub vaimse tervise õeks.

Ingrid Vachtel töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas psühholoogina alates 2011.a. Omandamisel on kliinilise psühholoogi kutse ning hetkel õpib ta kognitiiv-käitumisteraapia põhiväljaõppes.

Hele Täär töötab viimased 15 aastat SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas logopeed-eripedagoogi ja haiglaõpetajana. Eelnevalt töötas kuulmispuuetega lastega lasteaias Nukitsamees. On lõpetanud Tartu Ülikooli eripedagoogika eriala, saanud ka õpetaja ettevalmistuse surdopedagoogika erialal.

Inna Lindre töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikus alates 1989.a. ja on praegu selle osakonna administratiivkohustes vanemarst-õppejõud. Ta omab pädevust psühhiaatria erialal ja lastepsühhiaatria kõrvalerialal. Lisaks tavapärasele arst-õppejõu tööle on Inna Lindre olnud vastutav uurija lasteosakonnas läbiviidud

ravimuringute eest ning algatanud mitmeid laste vaimse tervise parandamisele suunatud projekte. Sealhulgas on ta vastutav ka 2012.a. veebruarist alguse saanud Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefondi ja SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonna koostööprojektis „Vaimne tervis - väärtus meie kõigi jaoks“. Tema algatusel on 2013.a. esitatud ja positiivse vastuse saanud projektitaotlused Sotsiaalministeeriumile Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse ja Ida-Virumaa laste ja noorukite vaimse tervise keskus loomiseks SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonna baasil.

Ivika Pöldsepp töötab kliinilise lapsepsühholoogina SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas alates 2013 aastast. Varasemalt on töötanud Tartu Erakoolis, Tartu Nõustamis- ja Kriisiabikeskuses, Tartu Laste Tugikeskuses ning TÜ Kliinikumi Lastekliinikus, omab pikaajast kogemust psühhotraumeeritud laste hindamisel ja ravis.

Jüri Liivamägi (PhD) töötab TÜ psühhiaatria õppetooli juures ja SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikus alates 1979. a., dotsendi kutse al. 1986.a., käesoleval ajal vane-marst-õppejõud lastepsühhiaatria erialal. 1974. a. sai ta Nõukogude Eesti Riikliku Preemia (uurimiskollektiivi liikmena) psühhofarmakonide neurofüsioloogilise toimingu uuringute eest. Jüri Liivamägi teadusliku uurimise valdkonnaks on olnud laste psühhofarmakoloogia, ta on osalenud kahes rahvusvahelises psühhotropsete ravimite kliinilises uuringus. Ta on avaldanud üle 100 teadustrükise ning ühe monograafia laste ja noorukite rasketest stresshäiretest. 1996.-2000.a. viidi tema juhtimisel läbi laste vaimse tervise uuring Tartu linnas ja maakonnas. Erialaselt ta on end täiendanud Moskvas, Leningradis, Stokholmis, Hamburgis ja Budapestis. TÜ psühhiaatria õppetooli juures on ta viinud läbi täienduskursusi lastepsühhiaatria aktuaalsetel teemadel, igal aastal peab ta loengukursusi lapse psühhopatoloogiast eripedagoogika eriala üliõpilastele

Kaia Kastepöld-Tõrs töötab TÜ psühholoogia instituudis nõustamispsühholoogia lektorina alates 1998. aastast. Lisaks on ta tegev kliinilise psühholoogina, psühhoterapeudina OÜ Katriito Nõustamis- ja Psühhoterapiakeskuses. SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliinikus töötab superviisori kohustustes. Omab väljaõpet koguniteviiv-käitumisteraapias

Kairi Nool töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas sotsiaaltöötajana alates 2007.a., alates 2003.a. töötas samas osakonnas hooldajana ning hiljem 7 aastat tegevusjuhendajana. Praegu õpib TÜ magistriõppes sotsiaaltöö erialal, laste õiguste suunaga. Suur osa tööst on seotud käitumishäiretega laste ja

noorukite ja nende vanemate nõustamisega. Samuti grupiteraapiate läbiviimisega ambulatoorses osakonnas.

Katre Kandimaa töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikus logopeedina alates 2004.a. ning alates 2006.a. ka haiglaõpetajana. Eelnevalt töötas 9 aastat Tartu Herbert Masingu Koolis – esialgu abiõpetajana, hiljem autistlike laste õpetaja ja klassiõpetajana.

Katrin Pruulmann töötab kliinilise lapsepsühholoogina SA TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas alates 1994 aastast. Lisaks töötab ta konsultandina Tartu Nõustamis- ja Kriisiabikeskuses. Varem on ta töötanud psühholoogina erikoolis ning tavakoolis. Ta on õppinud pereterapeutiks ja psühhoanalüütiliseks lasteterapeutiks.

Madis Parksepp töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas alates 2007.a, käesoleval ajal osalise koormusega ka täiskasvanute psühhiaatria osakonnas. Omab pädevust psühhiaatria erialal ja lastepsühhiaatria kõrvalerialal.

Margit Koolmeister töötab SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku lasteosakonnas kliinilise lapsepsühholoogina alates 2001.a. Psühholoogina töötab ta alates 1997. aastast, neist esimesed neli koolipsühholoogina. Tal on psühholoogiamagistri kraad koolipsühhologia erialal ning kognitiiv-käitumisteraapia terapeudi väljaõpe.

Õpiraskused

Jüri Liivamägi, Inna Lindre, Katrin Pruulmann, Hele Täär

Õpitegevus on erinevatele lastele erineva tähendusega. Tunnetushuvi (tahan teada!) on tegelikult oluline vaid 1/5-le õpilastest. Algkoolieas on enamasti oluline õppimine kui tegevus ise. Kui laps kogeb, et õppimise kaudu on võimalik saavutada heakskiitu ja sotsiaalset tunnustust, siis võib õpimotivatsioon tuleneda tunnustuse teenimise soovist. Kui aga seda õnne pole, siis jääb lapse võimaluseks õppimisega (kui väliselt sunnitud tegevusega) seotud ebameeldivuste vältimine. Seda saab rakendada nii nõutud ülesandeid ära tehes või ka õppimist vältides, mis kindlasti pole hea lahendus tuleviku seisukohalt.

Õpiraskused laiemas mõttes tähendavad seda, et laps ei tule koolis eakohaselt toime tavatingimustel tavaõppekava omandamisega.

Õpiraskuste põhjused

Õpiraskused on seotud paljude erinevate põhjustega:

- ebasoodsad keskkonnatingimused : kehvad õpitingimused kodus, vanemate ükskõiksus lapse murede/raskuste suhtes, tõrjutus, ülemäärane stress jms
- lapse isiksuse omadused: tahtelised ja emotsionaalsed omadused, tunnetuslikud huvid
- bioloogilised põhjused: teatud funktsioonide (tähelepanuvõime, intellektuaalne võimekus, kõneline võimekus) täitmisele spetsialiseerunud ajustruktuuride ja/või – mehhanismide arengu pidurdumine või kahjustus. Bioloogilised põhjused on seotud päriliku eelsoodumusega aga ka arengut mõjutavate väliste teguritega. Pärilike põhjuste mõjule viitavad näiteks täiskasvanutel tehtud uuringute tulemused, kus leiti pooltel järglastel samasugused õpiraskused nagu nende vanematelgi. Spetsiifilise lugemishäire e. düsleksia korral on leitud geenide muutusi 2.,6., 15. ja 21. kromo-

soomis. Välistest teguritest on õpiraskustel seoseid leitud enneaegsusega, madala sünnikaaluga, ema kehvveresusega raseduse ajal, rasedustoksikoo-
siga ja vere kõrgema maksaensüüm bilirubiini sisaldusega sünnijärgselt. Bioloogilistel põhjustel kujunevad välja psüühikahäiretena diagnoositavad õppimist mõjutavad arenguhäired – spetsiifilised õpivilumuste häired ja vaimne alaareng. Nende täpsemale kirjeldamisele keskendubki kogumiku käesolev alalõik.

Õpiraskused ei tule äkki ja ootamatult – kõik arengulised keele- ja õpivilumuste häired algavad varases lapsepõlves, kuigi nad avastatakse sageli alles lapse kooli minnes.

Õpivilumuste häired

Õpivilumuste häired (ÕVH) on krooniliste häirete heterogeenne grupp, mis avaldub lapsel olulistes raskustes kuulamisharjumuse, kõne, jutustamise, lugemise, kirjutamise või matemaatiliste oskuste omandamises (esmakordselt defineeritud 1963, täpsustatud 1994.)

Õpivilumuste häiretega lapsi on oluline uurida ja õigeaegselt abistada, kuna õpivilumuste häired võivad põhjustada raskusi toimetulekus ja isiklikke kannatusi

Õpivilumuste häiretega esineb sageli koos mõni teine psüühikahäire nagu näiteks aktiivsus-tähelepanuhäire, käitumishäired, meeleoluhäire, ärevushäire.

Õpivilumuste häirete kohta on levinud hulgaliselt **eksiarvamusi**, milledest mõned on alljärgnevalt toodud koos kommentaaridega

„Õpiraskustega lastel võib olla probleeme, kuid enamik neist on siiski muutunud laisaks neile osaks saanud liigse poputamise tõttu.” „Võta ennast kokku” stiilis targutav jutt võib õpilast vaid lühiajaliselt innustada, kuid see ei paku mõistvat ja teadlikku abi, mida need lapsed puuduste korvamiseks vajavad. See, mis mõne jaoks tundub laiskusena, on selle häirega lapse jaoks tavaliselt pingeseisund ja depressioon. Õpiraskused häirivad oluliselt paljusid õpilasi ning vajavad vanemate- ja õpetajate-poolset mõistmist ning abistamist.

„Õpivilumuste häired on tingitud halvast kasvatuses või ebasobivatest kodustest tingimustest.” Õpivilumuste häirete tekkepõhjused on neuroloogilised ja kuigi need kalduvad edasi kanduma perekonniti, peamiselt meesliini pidi, ei ole nende tekkel mingit seost kasvatusesega.

„Õpivilumuste häiretega lapsed ei ole tulevikus kõrgkooli püüdlejad“. Enamik õpetajaid soosib õpilasi, kes kirjutavad õigesti ja selgelt ning ei tekita klassis erilisi probleeme.

Nad saavutavad kergesti akadeemilisi eesmärke, mis valmistavad neid ette järgnevaks eduks kõrgkoolis. Kujuneb nn „eduka õpilase prototüüp“, mis vastandub iga päev lastele, kes saavad vaevaliselt tehtud tunnis antud kirjalikud ülesanded ja vajavad lisaäega valikvastustega testi täitmiseks. Kui õpivilumuste häiretega last tajutakse õpetaja ja vanemate poolt kõrghariduse nõudmistega tõenäoliselt mitte toime tulevana, leiab see laps end võitlemas mitte ainult häire poolt esitatud raskustega, vaid ka selle eelarvamusega, mis tema suhtes on kujunenud. See mõjutab tema enesetaju ning seetõttu võivad mõnes valdkonnas silmapaistvad, isegi andekad lapsed, kel on õpivilumuste häired, seada ka ise pidevalt kahtluse alla oma võimekuse tulla toime kõrgkoolis esitatavate nõudmistega. Tegelikult suudavad nad asjakohase toetuse ja sobiva elukorralduse puhul olla kõrgkoolis väga edukad.

Õpivilumuste häirete korral eristuvad alljärgnevad **ajuprotsesside arengulised eripärad**

1. Tajumise-vastuvõtmise (sensoorsete-retseptiivsete) protsesside kahjustus, mis avaldub:

- ajju saabuvate stiimulite äratundmise või tõlgendamisraskusena (nt sõnas tähtede või lauses sõnade äravahetamine);
- vigade tegemisenä kirjutamisel ja ära kirjas numbrite/arvude eristamise raskustena kauguse ja kiiruse hindamise raskustena;
- sotsiaalsete signaalide (näoilme, kehahoiak, sotsiaalsed olukorrad) tunnetamisvõime puudulikusena;
- nägemistaju abil kogetavate sümbolite meeldejätmise ja tegevusega seostamise raskustena (nt millisele noodimärgile vastab klavv klaveril).

2. Aju seostusprotsesside puudulikus – esinevad omandatud andmete töötlemise, kasutamise või meenutamise käepärasuse raskused, mis väljenduvad:

- oma teadmiste, sündmuste käigu edastamisel, ettepanekute esitamisel;
- põhjus-tagajärg seostest arusaamisel, jutustavates ainetes teema jälgimisel, matemaatikas üldmõistete valdamisel;

- probleemile lahenduse leidmisel;
- naljadest, aasimisest, tõgamisest, sarkasmist arusaamisel ;
- oma tegevuse eesmärkide, eelistuste ja tegevuse korra määratlemisel.

3. Liigutuslik-väljenduslike (mootorsete-ekspressiivsete) funktsioonide puuded, mis võivad avalduda :

- kogelusena või raskustena silma-käe koordineerimise nõudvate ülesannete sooritamisel (halb käekiri, lohakas vormistus jms);
- eakaaslastest enamväljendunud kohmakuses;
- eneseteenindusoskuste hilisemas omandamises;
- saamatuses jõudu ja kehalist osavust nõudvates mängudes ja tegevustes.

Õpivilumuste häired on RHK-10 ühendatud rubriiki „Psühholoogilise arengu häired” ja neil on alljärgnevad ühised tunnused:

- nad saavad alguse lapse varastel arenguetappidel;
- nad on tingitud peaaegu mõnede struktuuride või mehhanismide arengu pidurdusest või kahjustusest
- nad on püsiva iseloomuga, kulgedes ilma haigusnähtude kadumise või nõrgenemisteta (remissioonideta) ja ägenemisteta.

Õpivilumuste häireid esineb ~15% elanikkonnast ja poistel kolm kuni neli korda sagedamini kui tüdrukutel.

Õpivilumuste häired:

- diagnoositakse enamikel juhtudel algklassides
- paranemine oleneb häire raskusastmest ja osutatavast abist
- parema toimetuleku eelduseks on - väiksem kahjustus ja varasem abi, kõrgem intelligentsustase, parem pere sotsiaal-majanduslik tase, kaasuvate psüühikahäirete puudumine

Spetsiifiliste õpivilumuste häirete hulka kuuluvad:

Spetsiifiline lugemishäire – oluliselt on häiritud lugemisvilumuse omandamine, kusjuures pole võimalik tuvastada seda põhjustavat kehalist häiret, vaimset alaarengut või keskkonna mõju. Spetsiifilise lugemishäire korral on lugemisvilumuse tase tunduvalt madalam sellest, mida on oodata lapse eest, intellekti tasemest ja kooliklassist lähtuvalt. Spetsiifilist lugemis- ja õigekirjahäiret esineb üle 10 % koolilastest, nendest raskel kujul kuni 4%-l.

Spetsiifilise lugemishäire väljendub:

- vigadega lugemises
- aeglases lugemises
- loetust halvas arusaamises

95%-l lugemishäirega lastest esineb veel vähemalt üks järgmistest häiretest:

- õigekirjahäire
- arvutamisvilumuste häire
- ekspressiivse kõne häire
- retseptiivse kõne häire

Spetsiifiline õigekirjahäire - esineb oluline kirjutamisoskuse arengu puudulikkus, mis ei ole seotud madala intelligentsustaseme, nägemis - ja/või kuulmispuudulikusega, neuroloogilise häire või puuduliku õpetamisega. Spetsiifilise õigekirjahäire korral on õigekirjaoskused oluliselt puudulikumad võrreldes eale vastava taseme, üldise intellekti ja kooliklassiga.

Spetsiifiline õigekirjahäire avaldub:

- sõnade õige häälimise ja kirjutamise raskustes
- grammatika ja lauseehituse vigades: sõnade vales järjekorras, sõnade vahele jätmises, tegu- ja asesõnade vales kasutamises, valedes sõnalõppudes, lausete lõpetamata jätmises

Spetsiifiline arvutamisvilumuste häire – esineb arvutamisoskuste kujunemise kahjustus, mis on piisavalt tõsine, põhjustades õpiedutust ja raskusi igapäevase eluga toimetulekus.

Esinevat häiret ei saa selgitada vaimse alaarengu, puuduliku õpetamise või kehalise haigusega.

Spetsiifilise arvutamislumuste häire korral on arvutamislumused oluliselt halvemad kui lapse ea, intellekti taseme ja kooliklassi alusel võiks arvata. Arvutamislumuste häiret esineb 10-15% koolilastest, neist 3%-6%-l raskekujulise häirena. Arvutamislumuste häire väljendub põhiliste arvutamislumuste (liitmine, lahutamine, korrutamine, jagamine) puudulikus valdamises; numbriliste sümbolite või aritmeetiliste märkide lugemise või nendest arusaamise raskustes; raskustena arusaamisel, millised numbrid on ülesande lahenduse otsimisel olulised.

Motoorika spetsiifiline arenguhäire - iseloomulik on liigutuste kooskõla (motoorse koordineerimise) arengu oluline häire, mis pole otseselt seostatav mõne neuroloogilise haiguse või vaimse alaarenguga. Motoorika spetsiifiline arenguhäire korral on liigutuste kooskõla ja oskused lapse iga ning intellekti taset arvestades eeldatavast märgatavalt madalamal tasemel. Motoorika arenguhäiret esineb 2-5%-l lastest.

Motoorika spetsiifiline arenguhäire avaldub erinevates vanusegruppides lastel mõnevõrra erinevalt

Eelkooliiga

Üldmotoorika: aeglasem liikumisoskuste areng, kohmakas kõnnak, kukkumised

Peenmotoorika: raskused riietumisel, paelte sidumisel, nõövide sulgemisel, toitumis-vilumuste omandamisel

Varane kooliiga

Üldmotoorika: raskused jalgrattaga sõitmisel, hüppenõõriga hüppamisel, jooksmisel, kukerpalli tegemisel

Peenmotoorika: raskused puslede kokkupanemisel, käärde kasutamisel, joonistamisel, kirjutamisel

Vanem kooliiga

Üldmotoorika: raskused sportimisel; palli viskamisel, püüdmisel ja jalaga löömisel

Peenmotoorika: raskused enese korrastamisel, make up'i tegemisel, küünte lõikamisel; halvastiloetava käekirjaga kirjutamine; saamatus käsitöös

Õpivilumuste häiretega laste abistamine

Õpivilumuste häiretega laste abistamisel on oluline hinnata, milline on lapse võimete profiil ja kui suur on tema üldise taseme erinevus ea keskmisest tasemest. Abistamise edukus sõltub sellest, kuivõrd lapse nõrgad kohad on tasakaalustatavad tema tugevamate külgedega ning millises mahus peab ta tegema pingutusi, et eakohasel tasemel püsida.

Õpivilumuste häirete ületamiseks on oluline:

- Õpiraskuste võimalikult varajane märkamine
- Lapse säästmine hurjutamisest (oled laisk, lohakas jne) ja teiste klassikaaslastega võrdlemisest
- Järjekindlus reeglitest, tunni- ja päevakavadest kinnipidamisel kõikide tegevuste puhul ja kõikide last ümbritsevate täiskasvanute poolt
- Vajalike tugiteenuste (logopeediline, eripedagoogiline abi) rakendamine
- Vajadusel individuaalse õppekava koostamine
- Spetsiaalne õpetamine erikoolis tugevalt väljendunud häirete korral
- Kõigi spetsialistide ja kodu koostöö
- Lapse mõistmine ja toetamine – laps pole süüdi!

Spetsiifilised õpivilumuste häired :

- Pole ravitavad meditsiinilises tähenduses
- Pole pedagoogilise sekkumisega lõplikult ületatavad
- Võivad esineda perekonniti
- Piirnevad kerge intellektipuudega e.vaimse alaarenguga

Vaimne alaareng

Vaimne alaareng on kõikide psüühiliste funktsioonide eakohasest aeglasem areng koos intelligentsuse (tunnetuse, kõne, mootorika ja sotsiaalsete võimete) madala tasemega.

Intelligentsus on inimese üldine vaimne omadus, mis avaldub oskuses arutleda, näha toimuva mõtet ja taibata asjade põhjuslikke seoseid, mõtelda üldistes kategooriates, õppida varasematest kogemustest, jõuda kiiresti probleemi lahenduseni. Intelligentsuskvoot e.-kvotsient (IQ) on vaimse võimekuse testidega mõõdetud intelligentsustaseme numbriline väljendus, mis on suhteliselt püsiv läbi inimese eluaja ning võimaldab ennustada toimetulekut teatud olukordades. Lastepsühhiaatrias kasutatakse intelligentsuse hindamisel psühhomeetriliste testide tulemusi arvesse võttes järgmisi termineid: eakohane – $IQ > 70$, vastav eale keskmisest madalamal – $IQ 70 - 84$; vastav ea keskmisele $IQ 85 - 115$; vastav eale keskmisest kõrgemal – $IQ > 115$; piirialane – $IQ 70 \pm 7$; alaareng kerges astmes: $IQ 50 - 69$; mõõdukas astmes: $IQ 35 - 49$; raskes astmes: $IQ 20 - 34$ ja sügavas astmes: $IQ < 20$

Vaimse alaarengu diagnoosimisel hinnatakse lapse kogu arengu käiku, tema toimetuleku vastavust eakohaselt eeldatavale, õpiedukust ning abiks arengu hindamisel on psühhomeetriliste testide tulemused ja ka logopeediline uuring. Kunagi ei ole vaimse alaarengu diagnoosi aluseks ainult intelligentsustestide tulemused. Vaimse alaarengu diagnoosimisel püütakse lisauuringutega selgitada selle võimalikku põhjust konkreetse lapse puhul, kuid üsna sageli jääb konkreetne põhjus siiski selgusetuks.

Eristatakse alljärgnevat vaimse alaarengu astmeid:

- Kerge vaimne alaareng (täiskasvanuna jõuab inimene arengus umbes 9-12-aastase lapse tasemele, $IQ 50 - 69$)
- Mõõdukas vaimne alaareng (täiskasvanuna on 6-9-aastase lapse tasemel, $IQ 35 - 49$)
- Raske vaimne alaareng (täiskasvanuna 3-6-aastase lapse tasemel, $IQ 20 - 34$)
- Sügav vaimne alaareng (täiskasvanuna kuni 3-aastase lapse tasemel: $IQ < 20$)

Vaimset alaarengut põhjustavad tegurid, mis mõjutavad lapse arengut looteperioodi keskpaigast kuni lapse 2.eluaastani. Sellisteks teguriteks võivad olla kromosoomide arvu või ehituse muutused, pärilikud ainevahetuse haigused, orgaanilised ajuhaigused, ema mürgistus seisundid raseduse ajal (näiteks alkoholi

tarvitamine, rasedustoksikoos jms), nakkushaigused, sünnikahjustused jne. Mõned kaksikutel tehtud uuringud näitavad, et erinevad kasvutingimused võivad IQ skoori muuta umbes 10 punkti.

Vaimse alaarenguga lapse üheks iseloomulikuks tunnuseks on kõne arengu puue e. **alakõne**, mis on märgatav juba varases lapseas. Kuna kõneoskus (nii suuline kui kirjalik) on hariduse omandamisel väga oluline, siis allpool on kõnepuudeid käsitletud mõnevõrra põhjalikumalt.

Vaimselt alaarenenud lapse **hääldamise mahajäämust** põhjustab ühelt poolt kõne (eriti kõne tähenduse e.semantika) arengu hilistumine, teiselt poolt puudujäägid kuulmistaju (foneemitaju) ja kõneaparaadi mootorika arengus. Vaimse alaarenguga lapse kõne on valdavalt monotoonne, vähe ilmekas ja puuduvad emotsionaalsed varjundid. Iseloomulik on kõnes osade häälikute puudumine või ebatäpne hääldamine (näiteks sigmatism, rotatsism). Algklassides tuleb alaarenguga lastel sageli ette keerulise häälikkoostisega või pikkade sõnade moonutamist (*türduk, talrik, pongardid*), silpide ärajätmist või ringipaigutamist (*tribune, kirjuakse*). Seejuures võib laps puuduvat või ringi paigutatud häälikut mõnes lihtsama ülesehitusega sõnas või eraldiseisvana hääldada õigesti. Puuded ilmnevad peamiselt kaashäälikuühendites.

Lapse kognitiivsete protsesside seisundit kajastavad oluliselt **sõnavara maht** ja sõnade tähenduse mõistmine. Algkooliealised vaimse alaarenguga lapsed kasutavad reeglina baassõnavara, nende passiivse sõnavara maht on aktiivsega võrreldes suurem (kuigi eakohasest väiksem), levinud on üldise tähendusega omadussõnade (väike, suur, hea, halb) ja tegusõnade (olema, tegema) kasutamine. Sõnavara mahu suurenemisega kaasneb sageli ebatäpne, mõnikord isegi täiesti vale sõnade kasutamine. Igapäevases olmevestluses ei pruugi sõnavara puudulikkus avalduda. Kõne tähenduse mõistmise raskused ilmnevad sellistes ülesannetes nagu sõnaloom, sõnaühendite moodustamine, kõnekujundite (metafooride) tõlgendamine.

Vaimse alaarenguga lapse kõneloom on eakohasega võrreldes piiratum. Kooli minnes kasutavad nad peamiselt baaslauset ja ahellauset. Kuid ka baaslausetel malide hulk on piiratud, sest lapsele on jõukohane sõnaliselt väljendada vaid tajutavat situatsiooni. Seejuures on paljud baaslaused agrammatilised. Situatiivne kõne on väljaspool situatsiooni raskesti mõistetav. Sageli jääb nimetamata tegija (puudub alus) ja tegevuse koht, liialdatakse asesõnadega. Vaimse alaarenguga lapse tekstiloomele on iseloomulikuks ka mõtete katkendlikkus, sündmuste vähene seostatus; asesõnadega liialdamine; mõtete juhuslik järjestamine; kõrvalekaldumine teemast.

Vanemas koolieas alaarenguga lapsed kasutavad kõnes veel palju ahellauset, kadunud ei ole ka baaslause. Endiselt eelistatakse vähelaiendatud lihtlauset. Nii eakohase arenguga kui ka alaarenguga lapsed kasutavad liitlauseid sagedamini kirjallikes töödes, vähem suulises kõnes. Vaimse alaarenguga lastel on liitlausetest suur osa agrammatilised, kasutatavate lausemallide ja seega sidendite hulk on piiratud.

Vaimse alaarenguga lapse kõne kõige iseloomulikum kõrvalekalle vanusenormidest on **kõne mõistmise raskus** e.semantikapuue, mis avaldub nii sõna-, lause- kui teksti tasandil.

- Sõna: laps orienteerub esmajoones sõna põhitähendusele ja tal on suuri raskusi lisatähenduste mõistmisel, mida väljendavad sõnade lõpud ja tunnused (sõna lõppu mõistetakse ligikaudselt või ei mõisteta üldse).
- Lause: laps võib mõista küll sõnu, kuid mitte alati lause tähendust (nt Kallet veab kelgul Malle). Laps ei saa aru grammatilistest vormidest ja kategooriatest. Lause tähenduse mõistmine sõltub tajuja teadmistest, väljendatavatest suhetest ning lause ülesehituse keerukusest.
- Tekst: tekstiloomega samaaegselt on tõsiseid raskusi ka tekstide mõistmisel. Teksti analüüsi ei suuda alaarenguga laps iseseisvalt teha. Ta ei suuda analüüsida tekstis peituvaid aja- ja ruumisuhteid, põhjus-tagajärg suhteid. Samuti ei suuda laps mõista ülekantud tähendusi, allteksti. Laps mõistab teksti kui omavahel seostamata episoodide. Sidustekstide mõtestatud tajumine on kogu õpiaja jooksul lihtsakoeline ja puudulik. Peamisteks põhjusteks on kujutluste ja teadmiste puudumine või ebatäpsus ning analüüsiprotsesside vähene valdamine.

Kirjalik kõne kujuneb ainult suulise kõne alusel ning nõuab suulise kõne ja foneemikuulmise teatud arengutaset. Alaarenguga lastel esinevad lugemis- ja kirjutamispuuded väga tihti üheaegselt, kuigi ei pruugi olla võrdse sügavusega.

Haridus- ja Teadusministeeriumi andmetel on käesoleval ajal ligikaudu 17%-le üldhariduskoolide õpilastest märgitud mõni hariduslik erivajadus. Enamus neist (79%) õpib üldhariduskooli tavaklassis. Üha rohkem jääb tavaõppesse ka spetsiifilist õppekorraldust vajavaid õpilasi, sest Haridusseaduse kohaselt peab kohalik omavalitsus tagama keha-, kõne-, meele- ja vaimupuudega ning eriabi vajavatele õpilastele tingimused õppeks elukohajärgses koolis. Erinevas astmes vaimse alaarenguga laste õpetamiseks on erinevad riiklikud

õppekavad – kerge vaimse alaarengu korral lihtsustatud õppekava (LÕK), mõõduka ja raske vaimse alaarengu korral toimetuleku õppekava (TÕK) ja sügava vaimse alaarengu korral hooldusõppe (HÕK) kava.

Õpetajal tuleb aga teadvustada, et mida madalam on lapse kognitiivne areng, seda rohkem vajab ta abi ja toetust õppematerjali omandamisel. Ehk siis: **mida madalam on lapse vaimse arengu potentsiaal, seda sügavamad pedagoogilised teadmised ja oskused peavad olema õpetajal!**

Töös õpiraskustega lastega peaks õpetaja lähtuma nn kümnest käsust (Plado, K.):

1. Luua motiiv
2. Terviktoimingud õpetada osaoskuste (operatsioonide) kaupa, etapiviisiliselt
3. Ennetada väsimust (vahelduv, praktiline töö)
4. Aktiviseerida last, lülitada tegevusse kõne
5. Aktiviseerida tunnetustegevust
6. Kindlustada tööjuhiste mõistmine
7. Rakendada individuaalse lähenemise põhimõtet
8. Muuta tegevus jõukohaseks
9. Anda positiivset kinnitust
10. Kujundada oskused (sh vaimsed) praktiliste ja materialiseeritud võtetega

Kasutatud ja soovitatavad infoallikad

- Coghill D., Bonnar S., Duke S.L. et al. In: Child and Adolescent Psychiatry. Oxford University Press, 2009, 91-103.
- Einfeld S, Emerson E. Intellectual disability. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2008, 5th edition, 820-840
- Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening . *Pediatrics* 2006;118;405-420
- Hallap, M., Padrik, M. Lapse kõne arendamine. Tartu Ülikooli Kirjastus 2008
- Martinson, M., „Õpiraskused: kelle probleem? Kust otsida lahendusi?“ Tallinn: Koolibri, 2010
- Mikkelsen E.J. Mental retardation in the grade-school child. In: Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2, 413-432.
- Patricia A. Prelock, Tiffany Hutchins, Frances P. Glascoe. Speech-Language Impairment: How to Identify the Most Common and Least Diagnosed Disability of Childhood . The Medscape Journal of Medicine June 11, 2008
- 11.Plado, K. Õppe kohandamine erivajadustega lastele. 2012
- Täär, H., Liivamägi, J. Õpiraskuste põhjustest. Õpetajate leht, 28.01.05
- Terviseprobleemidega laps koolis: <http://www.hm.ee/index.php?0512363>
- www.hev.edu.ee (õppevara)
- Õpiraskustega õpilaste toetamine põhikoolis (ainealased metoodilised- ja õppematerjalid), kogumik on koostatud Haridus- ja Teadusministeeriumi tellimisel ning rahastamisel. Autoriõigused: Ristiku Põhikool, Haridus- ja Teadusministeerium
- Õppimine ja õpetamine I ja II kooliastmes - Eduko – Archimedes
<http://eduko.archimedes.ee/files/EDUKOraamatkaanega.pdf>
- http://www.keskkonnaamet.ee/public/Keskkonnaharidus/infopaevad/Infopaevade_ettekanded/LaaneVirumaa/Meeldiva_ja_toetava_opikeskkonna_kujundamine_koolis._Tiia_Lister.pdf

Käitumishäired

Aime Meos, Margit Koolmeister, Kairi Nool

Käitumishäired (KH) on kindlatele RHK-10 kriteeriumitele vastavad kõrvalekalded tavapärasest eakohasest käitumisest, mis moodustavad ühe osa laiema tähendusegasamasisulistest mõistetest „käitumisprobleemid“, „probleemne käitumine“, „käitumisraskused“.

Probleemse käitumise põhjused ja kulg

Ühiskonnas toimuvad kiired muutused on kaasa toonud agressiivsete ja käitumisprobleemidega laste arvu kasvu ning lastekuritegevuse suurenemise. Käitumisraskustega laste hulga suurenemise tõttu on tähtis tundma õppida probleemse käitumise tekkimise tagamaid; arendada uusi, tõhusamaid ravi- ja ennetusmeetmeid.

Igasugusel käitumisel on mingi põhjus ja iga käitumisprobleemidega lapse puhul tuleb selgitada, millest on konkreetselt selle lapse käitumisraskused tingitud. Kas need võivad olla normaalseks reaktsiooniks ebanormaalsele olukorrale? Kas püsimatus, rahutus, agressiivsus ja tähelepanematus pole tingitud terviseprobleemidest või kehalisest haigusest, ATH-st? Kas põhjuseks võib olla perekonna psühhokliima või majanduslik olukord? Kas lapse peres või tema lähedastega on midagi juhtunud? Millised on pereliikmete omavahelised suhted? Kas laps on pärit n.ö. riskiperest - tema vanemad liialdavad alkoholiga või tarvitavad uimasteid; mõlemad vanemad on töötud ja peres on majanduslikud raskused; vanemad töötavad välismaal ja laps on sugulaste või hoopis võõraste peres või peab üksi toime tulema; last kasvatab raskustega mittetoimetulev üksikvanem; peresuhted on vägivaldsed, laps väärkoheldud jne? Ka heal järjel, oma töö ja karjääriga liialt hõivatud, vanemate lastel võivad kujuneda käitumisraskused. Käitumisprobleeme võib põhjustada lapse tähelepanu ja hoolituse jäätamine vanemate raskete terviseprobleemide, näiteks depressiooni või raske kehalise haiguse tõttu. Lastel võivad probleemset käitumist põhjustada ka vanemate ebastabiilsus ja vastuolulised kasvatusmeetodid. Lapse psüühilist seisundit ja seeläbi tema käitumist mõjutavad turvatunde jaläheduse puudumine; hirm ja ebakindlus; iseenda tundmine mitte-

vajalikuna, armastusest ilmajäetuna; kogemuste ja rõõmuelamuste vähesus ning lapse vajaduste rahuldamata jätmine. Käitumishäired võivad kaasneda lapse kehalise või vaimse tervise häiretele.

Sageli on käitumisprobleemide üheks väljenduseks kuritegelik ja ühiskonnastane (antisotsiaalne) käitumine. Antisotsiaalse käitumise ühalaialdasem levik käib kaasas ühiskonnas toimunud muutustega: pideva vägivalga esitamisega meedias, perede majanduslike raskuste ja ebavõrdsusega, perevägivallega, laste väärkohtlemisega, uimastite tarvitamisega jms. Antisotsiaalse käitumisega lapsed on nii neid ümbritsevate tingimuste kui ka iseenda ohvrid ning nad vajavad selles olukorras toimetulekuks ja oma käitumise parandamiseks olulisel määral toetust ning abi. Halbade ja korrapäratute keskkonnatingimuste (eriti perega seonduvate) kuhjumise tõttu tunnevad need lapsed end ebakindlalt ning omandavad ebasoovitavaid käitumismustreid, mis võivad jääda püsima pikaks ajaks, tuues kaasa pingeseisundi ja pettumise nii endas kui ka teistes inimestes.

Antisotsiaalne käitumine töötab vastu sotsiaalse grupi (perekond, klass, kool jne) vajadustele ja ülesannetele ning sisaldab võimetust sõbralikult suhelda ja koostööd teha; vaenulikkust ja hoolimatust teiste suhtes; teiste abistamisest keeldumist; vastutustundetust; usaldusväärse puudumist ning sageli ka süütunde puudumist süüteo sooritamisel. Vanemate ja teiste täiskasvanute poolt vaadatuna ei ole selline käitumine kohane ning soovitatav ja viitab üldistele häiretele lapse sotsialiseerumisprotsessis. Igasuguse käitumise põhjuseks on enamasti need mõjutused, millega inimene elu jooksul kokku puutub - see rõhutab õpitud käitumise tähtsust.

Lapse halval käitumisel võib olla erinev eesmärk:

- saada erilise tähelepanu osaliseks;
- soov näidata, et keegi ei suuda mind takistada tegemast seda, mida ma teha tahan või sundida tegema asju, mida ma teha ei taha;
- näidata, et inimesed ei hooli minust ja kui mulle on liiga tehtud, suudan vastu hakata, kätte maksta;
- näidata, et ma ei pruugi õppetöös küll ootustele vastata, aga kui ma midagi ei tee, jäetakse mind rahule.

Probleemne käitumine koolis avaldub suures plaanis kahel viisil:

- lapse käitumine on silmatorkav, häirib teisi (korrale mitteallumine, reeglite rikkumine jms)

- käitumine ei nõua otseselt õpetaja tähelepanu, kuid laps ei tööta tulemuslikult, vahetunnis on üks ja hoiab kaaslastest eemale

Mõlemat liiki probleemne käitumine võib mõjutada lapse õpitulemusi ja/või tekitada sotsiaalse toimetuleku raskusi, mistõttu võib vajalikuks osutuda käitumise tugikava koostamine ja rakendamine. Sageli kaasnevad käitumisprobleemid märkamata jäänud õpiraskustega ja käitumisprobleemide lisandumine hakkab omakorda takistama teadmiste-oskuste võimetekohast omandamist.

Käitumise muutusele viitavad märgid, mille suhtes õpetajad ja lapsevanemad peaksid tähelepanelikud olema:

- laps tõmbub üksindusse ja eemaldub teistest (sõbrad, lähedased)
- laps põgeneb igapäevakohustustest, ta on muutunud huvituks enda välimuse, seniste huvialade ja ümbritseva vastu
- puudub sageli koolist, tema keskendumisvõime nõrgeneb ning hinded halvenevad
- käitub kummaliselt (avatud laps muutub kinniseks; rõõmsameelne apaatseks, tujutuks)
- laps on unetu või tahab liialt magada
- lapsel on kaalu – ja isumuutused
- laps loobub ootamatult seni talle väärtuslikest lemmikasjadest
- laps avaldab tundeid ja mõtteid, et keegi ei armasta
- esineb enese vigastamist, näilise põhjusega emotsionaalseid pursked, liigset ärrituvust
- laps hakkab riskantselt ja ohtlikult käituma; alkoholi ja/või narkootikumide tarvitama

Käitumisraskused taanduvad umbes pooltel probleemse käitumisega lastest mõne aastaga. Ülejäänutel need vähenevad või hoopis süvenevad – tekib üldine vaenulik hoiak, sõnakuulmatus ja trotslikkus. Käitumisraskustega teismelised kaasatakse üsna sageli kriminaalsetele tegudele; neile on omane riskikäitumine arvestamata oma heaolu, mainet, tervist ja elu ning üsna varakult lisandub suitsetamine, alkoholi ja uimastite tarvitamine, varane seksuaalelu alustamine. Kui lapse käitumisraskused on alanud varakult ja kestnud kaua, siis on neid raskem muuta.

Käitumishäired

Käitumishäired on levinuimad psüühikahäired kasvueas lastel ja noortel, (rahvusv. uuringute andmeil 12-14% P, 5-6% T), koolikiusamine on samuti üheks käitumishäirete ilminguks. Kiusajate arv KH-ga laste/noorukite grupis on 20%, teiste poolt kiusatud on neist kuni 35%.

Käitumishäired kujunevad probleemse käitumise baasil ja nende kujunemist soodustavad ning nende kujunemise eest kaitsevad mitmed tegurid.

Käitumishäirete kujunemise riskitegurid: sünniaegsed ja sünnijärgsed kahjustused; varases lapseas kujunev turvatundeta kiindumussuhe; agressiivsed, impulsiivsed ja ebajärjekindlad vanemad, nende toimetulematus vanema rolliga; vanemate madal haridustase; kehvad psühhosotsiaalsed tingimused; lapse rahutus, agressiivsus ja püsimatus; uimastite tarvitamine; järelvalve puudumine; eakaaslaste mõju; võimetus probleeme lahendada, sellega seotud pinged ja pidevad konfliktid. Riskitegurite kuhjumine soodustab otseselt käitumishäirete kujunemise tõenäosust.

Käitumishäirete kaitsvad tegurid: lapse head intellektuaalsed võimed, andekus; teatud iseloomuomadused - leplik loomus, sotsiaalsus, oskus luua sõprussuhteid eakaaslastega; vähemalt ühe olulise täiskasvanu olemasolu lapse elus: kooliedukus, huvitegevustega tegelemine, lapse arengut toetavad keskkonnatingimused. Kaitsvad tegurid reguleerivad lapse arengut tugevamini kui riskitegurid ja võimaldavad pingelistest olukordadest paremini välja tulla.

Poiste ja tüdrukute käitumishäiretel on mõningaid erinevusi. Poistel ilmnevad käitumishäired varem; neil on rohkem seaduserikkumisi, isikuvastaseid kuritegusid ja agressiivsust; nad omavad probleemidega ja käitumishäiretega sõpru; nad käituvad väljakutsuvalt, täiskasvanueas kujuneb sagedamini düssotsiaalne isiksushäire.

Tüdrukute käitumishäireid iseloomustab hilisem, enamasti teismeeas, algus; sageli lisanduvad depressiivsus, ülemäärane ärevus ja enesevigastused; labane käitumine, varajased seksuaalsuhted ja rasedus; käitumishäiretega poiste seltskonna otsimine, hiljem võib lisanduda mõni muu psüühikahäire.

KH-ga lapse psühhiaatriline uurimine. Käitumishäirete diagnoosimisel on kõigepealt tähtis lapse probleemide täpsustamine küsitledes nii last kui tema vanemaid, info kogumine koolist ja teistelt lapsega kokku puutuvatelt täiskasvanutelt (näiteks sotsiaaltöötajalt). Oluline on täpsustada lapse arengu, senise elukäigu ja

koolitee andmeid; saada ülevaade lapse kasvukeskkonnast, pereliikmetest ning nende toimetulekust. Oluline on uurida, millised on lapse suhted eakaaslastega (sõbrad, kas sõpruskond on muutunud?); kas on esinenud alkoholi ja/või uimastite tarbimist (kuidas, kui vanalt alustas?); kas lapsel on olnud seaduserikkumisi, tema probleeme on arutatud alaealiste komisjonis ning määratud karistusi. Vajalik on täpsustada, missuguseid meetmeid ja missuguse tulemusega on lapse käitumisraskuste ületamiseks seni rakendatud; kas käitumisprobleemide või mõne muu psüühikahäire tõttu on laps varem viibinud uuringutel, kas talle on määratud ravi ja kuidas see on toiminud. Käitumishäirete diagnoosimisel on kindlasti vajalik uurida lapse kognitiivseid võimeid, samuti teiste psüühikahäirete võimalikku esinemist, mis on käitumishäire põhjustanud või esinevad koos käitumishäirega.

Käitumishäirete sümptomid

Käitumishäireid iseloomustab korduv ja püsiv düssotsiaalne, agressiivne või trottslik käitumine, mis on kestnud vähemalt 6 kuud. Käitumishäirega lapsrikub oma käitumisega teiste põhiõigusi või eakohase sotsiaalse käitumise põhinorme või –reegleid ja läheb selgelt vastuollu eale vastavate sotsiaalsete ootustega. Käitumishäire peab olema tõsisem kui tavaline lapselik vallatus või noorukiea mässumeelsus. Diagnoos põhineb sellistel käitumisavaldustel nagu ülemäärane kaklemine ja kiusamine, ähvardamine, julmus inimeste või loomade vastu, võõra omandi hävitamine, süütamine, varastamine, korduv valetamine, põhjuseeta koolist puudumine, kodust põgenemine, sagedased ja rasked vihapursked ja sõnakuulmatus. Käitumishäiretega lapsed avaldavad sageli viha täiskasvanute maailma vastu; täheldatav on lapse võimetus oma energiat konstruktiivsesse tegevusse suunata. Diagnoosiks piisab mistahes sellisest pidevast käitumisest, kuid üksikud asotsiaalsed teod pole selleks küllaldased. Käitumishäirete sümptomeid võib esineda mitmete psüühikahäirete korral.

Käitumishäirete alaliigid

Perekonnas avalduvate käitumishäirete puhul esineb düssotsiaalne või agressiivne käitumine ainult kodus või pereliikmetega suhtlemisel. Võib esineda varastamist ühelt või mõnelt pereliikmelt; asjade, riiete või mööbliesemete lõhkumist; vägivalda pereliikmete vastu; tulekahju süütamist kodus. Sellise käitumishäire peamiseks põhjuseks on halvad suhted mõne pereliikmega (nt kasuema või -isaga) ning sellest käitumishäirest jagu saamise tõenäosus on suurem kui mõne teiste käitumishäire puhul.

Sotsialiseerumata käitumishäiret iseloomustab kombinatsioon asotsiaalsest ja agressiivsest käitumisest, millega kaasneb märgatav ja püsiv ebanormaalne suhe teiste lastega – laps on teistest eraldunud, ta on ebasoosingus, puuduvad püsivad empaatilised suhted eakaaslastega ning lähedased sõbrad. Suhted täiskasvanutega on enamasti vaenulikud või riiakad (mõne täiskasvanuga võivad suhted olla ka suhteliselt head). Iseloomulikeks tunnusteks on rünnakuvalmidus, kiuslikkus, vägivaldsus, kaklemine, sõnakuulmatus ja kontrollimatu raev; väljapressimine nooremalt kaaslastelt; koostööst keeldumine ja allumatus autoriteetidele. Samuti võib esineda omandi hävitamist, tulekahju tekitamist ja julmust teiste laste või loomade suhtes. Enamasti väljendub see käitumishäire ühetaoliselt kõikides olukordades, kuid mõnikord koolis selgemalt. Mõned psüühilises isolatsioonis olevad lapsed võivad siiski olla segatud ka grupiviisilistesse huligaansustesse. Seega on diagnoosi panemisel agressiivse ja teisi solvava käitumise iseärasused vähem olulised kui isiklike suhete kvaliteet eakaaslaste ja täiskasvanutega.

Sotsialiseerunud käitumishäire hõlmab püsivat düssotsiaalset või agressiivset käitumist lapsel, kes on eakaaslastega suhteliselt hästi sobitunud. Sageli (kuid mitte alati) koonduvad sotsialiseerunud käitumishäirega lapsed gruppi, mille liikmed sotsiaalselt sobimatu käitumise heaks kiidavad ning lapse käitumist hakkab reguleerima subkultuur, millesse laps kuulub. Laps võib kuuluda ka mittekuritegelikkude eakaaslaste gruppi, mille suhtes ta on lojaalne ning asotsiaalne on ta väljaspool seda gruppi. See asjaolu ei ole sotsialiseerunud käitumishäire diagnoosi välistavaks.

Tõrges-trotslik käitumine kui käitumishäiresineb tavaliselt 9-10 aastastel lastel. Tüüpiline on märgatavalt ebanormaalne, sõnakuulmatu, väljakutsuv käitumine, millele siiski ei kaasne tõsisemaid seadust või teiste inimeste õigusi rikkuvaid asotsiaalseid või agressiivseid tegusid. Tavaliselt avaldub selline käitumishäire kõige tugevamalt lapse suhetes täiskasvanutega või lapsele tuntud eakaaslastega. Tõrges-trotslikule käitumisele on iseloomulik vähemalt pool aastat kestnud käitumismuster, mis väljendub negativistlikkuses, vaenulikkuses; trotslikkuses; kergestiärrituvuses; pidevas vaidlemises; nõudmiste ja/või reeglite mittetäitmisel. Tõrges-trotsliku käitumisega laps sageli häirib, tüütab ja segab teisi inimesi sihilikult; süüdistab teisi oma vigades või sobimatu käitumise põhjustamises; on sageli vihane, nõrduinud ja kiuslik või nõuab „kahjutasu“. Käitumishäire tunnused peavad avalduma sagedamini kui vastavas eas ja vastava arengutasemega lastele on iseloomulik, häirunud käitumine põhjustab olulisi probleeme lapse sotsiaalses suhtlemises, õppimises või tegevuses.

Käitumishäiretega kaasuvad muud häired. Õpivilumuste häired esinevad sageli koos käitumishäiretega. Ligi pooltel aktiivsus- tähelepanuhäirega lastest on piisavalt sümptomeid ka käitumishäire diagnoosiks. Kolmandikul depressiooniga lastest kaasuvad käitumishäired ning kolmandikul käitumishäiretega lastest on ka depressioon. Kuna mõnikord on raske eristada, kas käitumishäire sümptomid on depressiooni väljenduseks või viitavad iseseisvale käitumishäirele, siis on lapseas eraldi diagnoositav ka käitumishäire depressiooniga.

Käitumishäirete ravi

Käitumishäirete ravis on esikohal psühhosotsiaalsed meetodid ja riskikeskkonna normaliseerimine. Lastepsühhiaatri kompetents on vajalik psüühikahäire sümptomite äratundmiseks, arengut mõjutavate tegurite mõistmiseks, raviplaani tegemiseks ja ravieesmärgi määramiseks. Spetsiifiline käitumishäirete ravim puudub, kuid mõnikord määratakse ravimeid selleks, et vähendada tugevaid tundedepuhanguid või leevendada kaasuvaid probleeme (näiteks unehäired vms). Kindlasti vajavad ravi kaasuvad psüühikahäired. Käitumishäiretega laste puhul toimub seisundi hindamine enamasti ambulatoorselt, vaid mõnedel juhtudel on vajalik lühiajaline uuring haiglas.

Toimetulek käitumisraskustega

Erinevalt paljudest teistest psüühikahäiretest on probleemne käitumine mureks ennekõike ümbritsevatele, mitte lapsele endale ja seetõttu on ka tema motivatsioon koostöök ja muutusteks tavaliselt vähene. Häirivate käitumismustrite säilimises kui kasvenemises on oma osa keskkonna reageeringutel probleemsele käitumisele. Käitumisprobleemidega laste õpetajad rõhutavad sageli tingimusi ja põhjusi, mida nemad muuta ei saa. Rõhutatakse laste madalamaid võimeid ja „rasket iseloomu“; lapsevanemate poolt probleemsete käitumismustrite soodustamist; ebastabiilsete ja erivajadustega laste õpetamiseks vajalike tingimuste puudumist jne. Samas saab õpetaja laste õpetamiseks, kasvatamiseks ja käitumisprobleemidega lapse muutmiseks väga palju ära teha – tegeleda just käesoleval hetkel konkreetse lapse ja konkreetse klassiga, töötada koos lapse ning tema perega ühise eesmärgi nimel. Õpetaja saab lapsele õpetada uusi sobivaid käitumisviise, mille kasutamine suurendaks lapse eduvõimalusi. Sellise tervikliku lähenemisega on koolis võimalik käitumisprobleemidega lapse käitumist muuta ning tema toimetulekut parandada. Ei ole olemas käitumishäirete raviks mõeldud ravimeid.

Seega on käitumishäirete ravi pikaajaline ja kompleksne, peab arvestama lapse arengulisi vajadusi ja ei ole ühtki sekkumist, mis oleks efektiivne igas vanuses. Vastavalt võimalustele ja individuaalse juhtumi eripäradele võiks käitumishäirete ravi sisaldada järgmisi komponente:

- vanemate harimine lapse arengust, eripäradest, käitumishäiretest ja kasvatustvõtetest ning vanemate nõustamine (k.a. vanemate tugigrupid)
- lapse käitumise jälgimine ja selle kohta tagasiside andmine nii lapsele kui ka lapsega tegelevatele täiskasvanutele (s.o. käitumise tugikava koolis, punktisüsteem kodus või koolis jmt.). Oluline on, et käitumine, mida jälgitakse ja hinnatakse, oleks nii lapsele kui ka hindajale üheselt mõistetav ja mõõdetav, näiteks „Kell kümme oled kodus“, mitte „Pahandusi ei tee“ (vt. ka ATH peatükki).
- vanemate käitumuslik treening – kuidas piire seada, selgelt suhelda, probleeme lahendada (s.h. ka läbirääkimisoskuste õppimine) jne. Eestis on vanemlike oskusi võimalik õppida näiteks Gordoni perekoolis
- perele toimetulekuoskuste õpetamine
- kodu-kooli kohtumised – mida tõsisem käitumisprobleem, seda olulisem, et kohtumised toimuksid regulaarselt ning oleksid süüdistuste- ja süüdlaseotsimisvabad
- lapse sotsiaalsete oskuste treening (nii individuaalse kui rühmatreeninguna)
- vanemate nõustamine isiklike ja suhteprobleemide lahendamiseks
- lapse ajutine eraldamine perest, kui pere on hetkel väga desorganiseeritud
- võrgustikukohtumised lapse ja perega tegelevate spetsialistide osavõtul

Nagu iga inimene, vajab ka käitumisprobleemidega laps turvalisust ja enamasti tagavad turvalisuse kindel päevakava, päevarütm ning kokkulepitud reeglid. See omakorda aitab lastkorrale harjutada e. distsiplineerida. Distsiplineerimine suunab, juhendab ja õpetab lapsi teiste õigusi austades omama kontrolli oma käitumise üle ning aitab neil oma käitumist kujundada.

Sageli on käitumisraskustega lapsel jäänud omandamata suhtlemis- ja toimetulekuoskused sotsiaalsetes olukordades - neid kas pole keegi õpetanudki või ei ole need kinnistunud. Käitumisraskuste ületamiseks on vajalik lapsele reeglite ja normide õpetamine ning lapse juhendamine.

- Koolis on oluliseks iga õppeaasta alguses lastele meelde tuletada kooli ja klassi käitumisreeglid. Nende hulka kuuluvad nii tunnis käitumine, kaasa töötamine ja vastamine kui ka suhtlemine tunnis ja vahetunni ajal.
- Esmalt tuleks kogu klassiga läbi arutada ja kokku leppida ühised reeglid. Arutelu käigus saab igaüks öelda, millist käitumist ta ootab kaaslastelt aga ka õpetajalt.
- Reeglid tuleks lihtsas sõnastuses kirja panna (näiteks: „Oleme viisakad“; „Räägime vaikselt“) ja klassi seinal nähtavale kohale asetada. Seda võtet võib kasutada mistahes vanuses koolilaste puhul. Reeglid peaksid hõlmama põhilisi käitumistavasid; liiga pikk ja põhjalik reeglistik ei täida oma otstarvet
- Koos reeglitega oleks vajalik kokku leppida ja kirja panna ka reeglite rikkumise tagajärjed. Mitte iga vahelesegamist või klassis liikumist ei peaks kohe karistama. Esmalt oleks hea tuletada meelde, milles on kokku lepitud ja selgitada, et taoline käitumine häirib kõiki teisi ning segab tunnis osalemist.
- Ühine reeglite seadmine ja nendest kinni pidamine paneb kõiki õpilasi vastutama nii enda kui ka teiste heaolu eest.
- Lapse häirivale käitumisele tuleks reageerida võimalikult vähesõnaliselt. Tuleb hoiduda kamandamisest ja „näägutamisest“ („Mitu korda ma pean sulle seda ütleva“, „Mitte kunagi sa ei kuula, mis sulle öeldakse!“, „Ma olen seda sulle juba nii palju kordi rääkinud, aga ikka sa teed nii, nagu sina tahad“. „Kas ma pean sinu emaga rääkima ja talle ütleva, kuidas sa käitud?“).
- Korrarikkumisele tuleb reageerida konkreetsete ütlustega: „Meil oli kokkulepe, et ...“, „Mina olen sinuga viisakas, ole palun sina minuga ka viisakas“.
- Tähelepanu otsivale lapsele ei tuleks palju tähelepanu osutada. Kehtib sama reegel – tuletage meelde kokkulepitut.
- Suhtlemisel ei tohiks kasutada sarkasmi, halvustamist, tahtlikku avalikku häbistamist või pidevat kriitikat. Tegelema peaks lapse konkreetse käitumisega, mitte lapsega.
- Korrarikkuja poole pöördudes tuleks oma hääletooni madaldada ning veenduda, et ta sind kuuleb ja edastada oma sõnum vaikse, kuid kindla häälega. Edastada tuleb konkreetne korraldus ja meelde tuletada kokkulepitut.

- Kui korrarikkuja tähelepanu ei ole võimalik saavutada vaid hääle madaldamisega, siis võib tähelepanu võitmiseks esmalt oma häält kõrgendada, kuid korralduse edasiandmisel ja kokkulepitu meeldetuletamisel tuleks oma hääle taas madaldada.
- Korrarikkujaga on soovitatav tema käitumisest rääkida teiste juuresolekuta, kuna kogu klassi ees seda tehes võib korrarikkuja püüda teiste kaaslaste tähelepanu ja olukord läheb keerulisemaks. Peale tundi võiks õpetaja lapse enda juurde kutsuda ja omavahel olles uuesti üle rääkida kokkulepitud reeglid.
- Korrarikkuja käitumise muutmise üheks võimaluseks on temaga kindlate kokkulepete tegemine selle kohta, mis juhtub, kui ta ei tule oma käitumise kontrollimisega toime.
- Kasutada võib käitumislehte, millel on kirjas soovitud käitumine, eesmärgid, preemiad ja ka tagajärjed. Selleks, et säiliks lapse huvi käitumislehte järgida, peaks selle koostama temaga koostöös. Käitumisleht aitab nii õpetajal kui ka lapsel saada tagasisidet nii soovitava kui ka ebasoovitava käitumise kohta. Halva käitumisega lapse puhul sageli ununeb, et laps käitub mõnikord ka hästi ja tal on häid omadusi ja/või oskusi. Käitumise kohta pidevat negatiivset tagasisidet saav laps unustab vahel isegi, et mõnikord suudab ta toime tulla suurepäraselt. Osutades tähelepanu lapse headele käitumisjoontele või oskustele, on ta motiveeritumad oma käitumist muutma.
- Enamasti kasutavad käitumisprobleemidega lapsed roppsõnavara ja seda ei tohiks kindlasti tähelepanu alt välja jätta. Ropu sõnakasutuse käsitlemisel kehtib sama reegel nagu ebasoovitava käitumise puhul - meelde peaks tuletama kokku lepitud reegleid. Roppsõnade kasutamisest jagusaamiseks võib kasutada ka selliseid käitumuslikke võtteid nagu näiteks roppsõna kasutanud nooruki tualetti saatmine oma suud tualettpaberiga puhastama; reageerimine lapsele otsa vaatamise ja küsimisega: „Mida sa ütlesid?“ või viisaka rääkimise meeldetuletamisega.

Lapsega **konfliktsituatsiooni** sattununa peaks täiskasvanu püüdma rahulikult jääda ja probleemsituatsiooni rahustada, mitte üles kütta. Võimalusel peaks lapse tähelepanu mujale suunama ning kui õnnestub, siis juba enne, kui lapse tormiline tundepehang vallandub. *Näiteks nähes kahte poissi vaidlevat, võiks neid kindlalt ja rahulikult suunata mingi muu tegevuse juurde, mitte hakata pahandama või oodata,*

kuni vaidluskakluseni jõuab. Kuna enamasti on lapse halva käitumise korral palju häirivad asju, oleks mõistlik valida välja mõned käitumisviisid, mida kindlasti sallida ei saa ja keskenduda nende muutmisele. Teiste probleemsete käitumisviisidega tegelemine jääb samal ajal mõnevõrra tahaplaanile. Täiskasvanul on oluline jälgida nii enda kui ka lapse stressi taset ning pinget kasvamisel katsuda olukorda maha rahustada. Lihtsaim viis on aeg veidikeseks (5-10 minutiks) „maha võtta“, teatades näiteks, et teil oleks vaja järele mõelda. Ükskõik, missugune reaktsioon järgneb, peaks püüdma rahulikuks jääda ja võimalusel läbi rääkida. Oluline pole mitte see, kes ütleb viimase sõna vaid see, kelle sõnal on rohkem kaalu (ja meie ühiskonnas on selleks lapse eest vastutav täiskasvanu).

Täiskasvanu peaks püüdma mitte välja näidata oma negatiivseid emotsioone lapse käitumise suhtes – võimalusel tuleks neid ignoreerida jarahulikult rakendada varem kokkulepitud karistust. Ärritus kutsub tavaliselt ärritusega vastama. Samuti on käitumishäirega lapsed sageli eelhäälestatud negatiivsele hoiakutele enda suhtes ja enamast valmis end kaitsma. Tasub meeles pidada, et karistus võib muuta käitumist, kuid ei muuda hoiakut.

Tasub meeles pidada:

- käitumisprobleemide ületamisel ei ole kasu näägutamisest, moraalilugemisest ja vaidlemisest; samuti palumata ja plaanimata nõuandmisest
- kasu toob tagajärgedele reageerimine, mitte süüdlaste otsimine
- kohene ja tagasihoidlik karistus on sama tõhus või tõhusam, kui hilisem ja raske karistus
- kui vähegi võimalik, tuleks kasutada soovitud käitumise positiivset kinnitust
- oluline on alati leida midagi positiivset, mida kiita või millele keskenduda, näit. tunnustada paindlikkust ja koostööd.

Kuna käitumisprobleemidega toimetulek on pingerohke ja nõuab lapsega tegelevatelt täiskasvanutelt tihti palju emotsionaalset energiat, on läbipõlemise oht suur ja täiskasvanutel väga vajalik kanda hoolt ka iseenda eest. Ei tohiks jätta end üksi lapse probleemidega tegelema – käitumisprobleemidega toimetulek on meeskonnatöö. Tähtis on lapsega tegelevate täiskasvanute omavaheline otsekontakt ja regulaarsed kohtumised nii tegevuse koordineerimiseks kui ka

positiivse tagasiside ja toetuse jagamiseks. Kasuks tuleb kindlate kokkulepete tegemine selle kohta, kuidas liigub info lapse probleemide kohta kooli ja kodu vahel. Oluline oleks probleemidest teada anda võimalikult ruttu, kuid tulemuslik ei ole pidev igapäevastest pisipahandustest teavitamine. Info moondumise ja tahtlike manipulatsioonide vältimiseks on mõistlik alati kontrollida käitumishäirega lapse poolt enda või teiste kohta antud info vastavust tegelikkusele.

Läbipõlemist aitavad ennetada

- Mõistmine, et keegi ei saa olla kogu aeg kõikehõlmavalt endast andja
- Oma töö varieerimise viiside väljanuputamine
- Igasugune enesetäiendamine - see toimib teraapiana
- Enda jaoks tähtsate ja vähemtähtsate asjade määratlemine
- Aja- ja jõuvarude planeerimine meelepäraste tegevuste ning huvialade jaoks
- Mõnede asjade, mida plaanisid teha alles pensionipõlves, elluviimine juba täna
- Oma keha eest hoolitsemine
- Pere ja sõprade toetus

Kasutatud kirjandus

- Almquist ,F jt. (2006). Laste ja noortepsühhiaatria. Medicina (lk.261-271).
- Bill Rogers. (2008). Taasleitud käitumine. TÜ Kirjastus
- Heiki Kriips jt. (2012). Suhtlemine probleemsete õpilastega. AS Atlex

Kasulikku lugemist

- Keltikangas-Järvinen, L. (1992). Agressiivne laps.
- Walton, F.X., Powers, R.L. (1993). Kuidas saavutada laste poolehoid?
- Neuhaus, C. (2001). Hüperaktiivne laps
- Walton, F.X. (2001). Kuidas saavutada teismeliste poolehoid nii kodus kui koolis.
- Roomeldi, M. jt. (2003). Hüperaktiivne laps. Tartu Ülikool
- Eila Laukakanen jt. (2008). Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit. Medicina
- Winterhoff M. (2010). Kuidas meie lastest kasvavad väikesed türannid?
- Joanne Steer, Kate Horstman. (2011). Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega laste ja noorte abistamine õppetöös. Kirjastus Kunst
- Jesper Juul. (2013). Agressiivsus. Väike Vanker

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire

Katre Kandimaa, Margit Koolmeister, Madis Parksepp

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) on ajutegevuse arenguline eripära, mis väljendub tähelepanuhäirete, ülemäärase püsimatuse (hüperaktiivsuse) ja impulsiivsusega, mille tõttu on lapse käitumine raskesti juhitav. ATH algab varases lapseas ja ATH-le omane käitumine on ajas püsiv ning situatsioonidest sõltumatu.

ATH kui psüühilise tegevuse häiret kirjeldati juba 18. sajandil, mil mõnede inimeste puhul märgati ATH sümptomite olulist mõju toimetulekule. Kaasaegne ATH käsitus on väljaarendatud siiski viimastel aastakümnetel toetudes pidevalt lisanduvatele uutele tõenduspõhiste andmetele.

ATH puhul on tegemist ühe sagedasema lapseas esineva psüühikahäirega, mille all kannatab umbes 3-5 % kooliealistest lastest. ATH levimuse kohta Eesti laste hulgas täpsed epidemioloogilised andmed puuduvad. ATH esmasel ilmingul avalduvad varases lapseas, kuid tõsisemad probleemid lapseõpetamisel ja tema käitumise juhtimisel võivad sageli tekkida alles lasteaia või koolis. Poistel esineb seda häiret kolm korda sagedamini kui tüdrukutel. Kuigi poistel avaldub rohkem püsimatuse, tüdrukutel aga tähelepanu puudulikkuse tunnuseid, ei pruugi sellised erinevused alati kinnituda. Kuigi tegemist on väga sagedase psüühikahäirega, võib selle all kannatavate laste igapäevane toimetuleksõltuvalt sümptomite tugevusest olla väga erinev – ulatudes minimaalsetest toimumisraskustest tõsiste toimetulekuprobleemideni. Samuti mõjutavad ATH-ga lapse toimumist ja muudavad keerulisemaks temaga tegelemise lapsel samaaegselt esineda võivad teised psüühikahäired.

Viimasel ajal pööratakse üha enam tähelepanu ATH esinemisele täiskasvanueas ning kuigi selles vallas on veel palju ebaselgust näib, et üsna suurel osal lastest, kellel ATH on diagnoositud, võivad ATH sümptomid kas täielikult või osaliselt püsida ka täiskasvanueas.

Lastepsühhiaatri juurde jõuavad ATH-ga lapsed peamiselt vanemate algatusel, mõnikord perearsti suunamisel, sageli õpetajate soovitusel ning noorukieas mõningatel juhtudel ka lapse enda initsiatiivil. Sagedasemateks pöördumise

põhjusteks on raskused õppimisega toimetulekul nii koolis kui kodus, käitumisprobleemid ja ka halvad suhted nii täiskasvanute kui eakaaslastega.

ATH-le omaseid sümptomeid - tähelepanuhäireid, impulsiivsust ja ülemäärast aktiivsust - võib esineda ka teiste psüühikahäirete puhul või ilmned ka psüühikahäireta lastel. See tingib täpsustavate uuringute vajaduse ja diagnoosi püstitamise lastepsühhiaatrilise meeskonna poolt. Täpne diagnoos on võimalikult mõjusa abi andmise eelduseks.

ATH põhjused ja sümptomid

ATHkujunebajuarengut mõjutavate geneetiliste, bioloogiliste ja psühhosotsiaalsete tegurite koostoime tulemusena, mis põhjustavad erinevates ajupiirkondades ehituslikke ning talitluslikke muutusi. Mitmeid selliseid muutusi on praeguseks õnnestunud kirjeldada erinevate aju uurimise meetodite abil. Kirjeldatud on ka mitmete aju virgatsainete, eeskätt dopamiini ja noradrenaliini, tasakaalu muutusi erinevates ajupiirkondades.

ATH aluseks olevate ajutegevuse muutuste tõttu on eeskätt häiritud aju otsmikusagara tööga seotud täidesaatvad funktsioonid ehk tegevuseks valmisoleku regulatsioon, töömälu, stiimulile reageerimise kontroll ja tegevuse planeerimine. Käitumuslikult väljenduvad need ajutalitluse eripärad selles, et laps ei suuda pikemalt keskenduda kohest rahuldust mittepakkuvale tegevusele; ei pööra tähelepanu detailidele, teeb hooletusvigu; ei pane tähele, mida talle räägitakse; sageli ei järgi talle antud korraldusi ega suuda lõpetada talle antud töid; ei suuda oma tegevusi planeerida ja eelnevalt läbi mõelda; püüab vältida kestva vaimset pingutust nõudvaid tegevusi või avaldab vastupanunende suhtes; kaotab talle vajalikke esemeid; ei mäleta sageli oma igapäevaseid tegevusi. Lapse tähelepanu läheb kergesti kõrvalistele stiimulitele; ta ei oota tegevustes ära oma järjekorda; katkestab kannatamatult teiste juttu või on pealetükkiv; laps räägib liiga palju; ta sibeleb rahutult käte või jalgadega, niheleb toolil; on püsivalt motoorselt üliaktiivne ega suuda oma käitumist muuta vastavalt olukorrale.

Loetletud raskuste määr võib elu jooksul olla muutuv ning erinevatel eluperioodidel olla paljuski mõjutatav nii inimese üldise arengutaseme kui ka kaasuvate haiguste poolt.

Kuigi ATH korral on erinevate uuringute abil võimalik kirjeldada muutusi ajutegevuses, ei ole need muutused omased ainult ATH-le ning uuringute täpsus ei ole praegusel ajal veel piisav selleks, et neid igapäevatoos kasutada. Seetõttu

põhineb ATH diagnoos lapse arenguloo ja tema vahetu käitumise ning suhtlemise uurimisel, abiks on psühholoogilise ja logopeedilise/eripedagoogilise uuringu tulemused. Kuigi võib tunduda, et rahutut ja püsimatut last on kerge ära tunda, nõuab ATH diagnoosimine korduvaid kohtumisi nii lapse kui perega. Sageli on vajalikud ka edaspidised kokkusaamised lapse ja pere toimetuleku toetamiseks.

ATH diagnoosimisel kasutatakse vanemate ja õpetajate poolt ning teismeliste puhul ka laste endi poolt täidetavaid küsimustikke ning skaalasid. Samuti on vajalik kognitiivsete funktsioonide hindamine, seda nii diagnoosi täpsustamiseks (nt. tähelepanu ning aju täidesaatvate funktsioonide hindamine) kui ka võimalike kaasuvate häirete (nt. õpiraskused) hindamiseks. Vajalik on ka lapse käitumise vaatlus erinevates situatsioonides, diagnoosi jaoks on väga olulised ka vanemate ja õpetajate poolt antavad lapse käitumise kirjeldused. Mõnikord on vajalik lapse käitumist vaadelda ja seisundit hinnata haiglas.

Mitmesuguste uuringute vajalikkuse ja võimalikkuse otsustab lastepsühhiaater.

ATH ravi

ATH ravi on pikaajaline ja koosneb psühhosotsiaalsest ravist ning ravimite kasutamisest. Psühhosotsiaalset ravi vajavad kõik ATH-ga lapsed, kusjuures eelkooliealistel lastel ja vähese tegevusvõime langusega kooliealistel lastel on see peamiseks raviviisiks. Ravimite kasutamine on näidustatud juhul, kui rakendatud psühhosotsiaalse sekkumise viisid ei ole osutunud piisavalt tõhusaks lapse tegevusvõime parandamisel. Lapsed ja nende vanemad vajavad ravi alustamisel ja raviprotsessis püsimiseks tihti motiveerimist ja toetust.

Psühhosotsiaalne ravi sisaldab järgmisi tegevusi:

- vanemate nõustamine (s.h. kogemusnõustamine, vanemate tugigrupid)
- perele suunatud sekkumised, s.h. pereteraapia
- koolikeskkonnas pakutav abi
- lapsele keskendatud sekkumised (nt. eneseregulatsiooni ning sotsiaalsete oskuste õpetamine), mis võivad olla nii individuaalsed kui rühmas läbi viidavad.

Kogumiku sihtgruppi arvestades tuleb lähemalt juttu koolikeskkonnas pakutavast abist, õpetaja võimalustest lapse käitumist mõjutada ja soovitud vanematele lapse probleemidega toimetulekul.

Koolikeskkonnas pakutav abi sisaldab nii tugiteenuste rakendamist, keskkonna kohandamist kui ka lapse käitumise mõjutamisele suunatud tegevusi. Mistahes abistamisvõtete rakendamisel on vajalikkoostöö lapsevanema, õpetaja ja teiste lapsega kokku puutuvate täiskasvanute vahel.

Tugiteenustena saab rakendada:

- õpiabi
- parandusõpet
- individuaalset õppekava lapse jaoks probleemses õppeaines
- käitumise tugikava
- tugispetsialistide (eripedagoog, logopeed, psühholoog, sotsiaalpedagoog) abi
- lapse tugiisiku olemasoluklassis

Keskkonna kohandamise eesmärgil on võimalik:

- õppimine väikeklassis
- õppimine ühe õpilase õpetamisele keskendatud õppel

ATH-ga lapse **käitumise muutmisele suunatud tegevuste** käsitlemisel on abi sellest, kui mõelda ATH -st kui aju täidesaatvate funktsioonidega seotud pidurdusvõime häirumisest:

- võimetus pidurdada segajaid – tähelepanu hajumine
- võimetus pidurdada enda mõtteid – impulsiivsus
- võimetus pidurdada segajatest või mõtetest tulenevat käitumist – hüperaktiivsus.

Täidesaatvad funktsioonid ja nende häirumisega seotud probleemid:

- Pidurdusvõime – võime pidurdada tegevusi piisavalt pikaks ajaks, et teised täidesaatvad võimed saaksid adekvaatselt areneda. Pidurdusvõime nõrkuse korral kannatab kõigi täidesaatvate funktsioonide areng

- Töömälu – info hulk, millega aju suudab töötada mingil konkreetsel ajahetkel. Kehv töömälu mõjutab sageli ka õppeedukust, kuna laps ei suuda pikemaid töökorraldusi ja suurt hulka andmeid meeles pidada, et neid korralduse täitmiseks või ülesande lahendamisel kasutada.
- Ettenägemisvõime – võime näha ette tuleviku vajadusi ja tegevuste tagajärgi. Ettenägemisvõime kahjustuse korral on raske oma hetketegevusi/soove pidurdada tuleviku nimel, kuna konkreetsel ajahetkel tulevikku ATH-ga lapse peas ei eksisteeri. See ei tähenda, et laps ei hooliks oma tulevikust.
- Järelduste tegemise võime – võime hoida teadmisi varasema tegevuse tulemuslikkusest töömälus ja neid teadmisi edapidiselt rakendada. Selle võime kahjustuse korral on raske uute tegevuste planeerimisel arvestada vanade tegevuste tagajärgedega – laps teeb pidevalt samu vigu.
- Planeerimisvõime on võime oma peas koostada tegevuskava ja seda ellu viia. Selle võime häirumise korral on raske tegevusplaani koostamisel ja selle läbiviimisel kõiki asjaolusid arvestada, oma tööde tähtaegu meeles pidada ja neile kuluvat aega õigesti planeerida jms.
- Sisekõne on võime rääkida endaga; mehhanism, kuidas me arutame endaga läbi oma plaanid. Halvasti arenenud sisekõnega laps ei suuda probleemide puhul neid endaga läbi arutada, vaid reageerib läbimõtlematult.
- Ajatunnetus on võime aja kulgu õigesti tajuda ja seda arvestada tegevuste läbiviimisel. Ajatunnetuse häirete korral ei suuda laps õigesti aja kulgu arvesse võtta, lapse jaoks aeg enamasti kas venib või kulgeb liiga kiirelt.
- Ühelt tegevuselt teisele ümberlülitumise võime on suutlikkus tähelepanu ühelt tegevuselt teisele üle viia. Selle võime nõrga taseme korral on lapsel raske tegevusi lõpetada ka korduvalt meeldetuletamisel.
- Emotsioonide ja faktide eristamise võime – suutlikkus hinnata, et fakt ise ja reaktsioon, mis sellega on seotud, on kas erinevat asja. Selle võime häirumise korral on lapsel raske mõista, et igal faktil on nii oma objektiivne kui ka subjektiivne/emotsionaalne sisu. Näit. liiklusummik tähendab objektiivselt teatud pikkusega seisakut planeeritud tegevustes. Üks inimene võib seda võtta rahulikult lisaajana iseenda mõtete korrastamiseks; teine aga kui ainult temale suunatud ülekohtust takistust.

Lapse käitumise muutmisel peab arvestama, et:

- käitumise muutmine peab olema pingutust väärt
ATH-ga laste käitumises on enamasti palju asju, mis temaga tegelevaid täiskasvanuid võivad häirida. Et vältida elu kujunemist pidevaks sõjatandriks ja säilitada lapse koostöövalmidust, oleks arukas valida mõned konkreetsed ja antud hetkel kõige olulisemad probleemid millega tegeleda. *Näit. õppetöö on õhtul kindlal ajal, samas vähem oluline on, mis järjekorras laps asju teeb.*

- laps peab olema suuteline käitumise muutumist pidevalt kontrollima
Pole mõistlik valida käitumist, mis on lapse kontrolli alt väljas. *Näit. ei pruugi ATH-ga laps suuta tervet koolitundi vaikselt ja nihelemata vastu pidada.*

- tasu/karistus peab töötama

Tasuks/karistuseks peavad olema asjad, mis on lapse jaoks olulised. ATH korral töötab paremini pigem väike aga konkreetne tasu (kiitus, komm, preemiapunkt vmt), kui pikaajalisema eesmärgi nimel pingutamine. Paremaid tulemusi annab enamasti soovitud käitumise kinnitamine tasuga, kui et ebasoovitava käitumise eest karistamine. Nii oleks alati mõjusam märgata ja tunnustada, kui laps toimis natukenegi nii nagu soovisime. *„Tubli, et sa täna selle ülesande ise ära tegid, vaatame kas me ülejäänud asjadega ka valmis jõuame“.* Tasusid peab tihti üle vaatama, et nad jääksid ihaldusväärseks.

Karistused oleks targem enne kokku leppida, et vältida olukordi, kus laps saab karistada asjde eest, mis olid tema kontrolli alt väljas või karistus on tegu arvestades ülemäära karm. Eelistada võiks tegude loomulikke tagajärgi: *„Sa viivitasid täna õppima asumisega nii kaua, et arvutile enam aega ei jagu“.* Mõõdukas, kohene karistus on enamasti sama tõhus, kui pikale venitatud ja karm. *Nii näiteks on päev-paar arvutikeeldu sama tõhus kui kuu aega ilma arvutita; teisel juhul on karistuse rakendamist raskem kontrollida ja karistuse algne põhjus on lapsel selle lõppedes tõenäoliselt ununud.* See ei tähenda, et kokkulepete korduval rikkumisel ei võiks karistust vastavalt pikendada.

- käitumise muutmise plaani tuleb järjekindlalt jälgida ning vajadusel teha muudatusi
Oluline on arvestada, et käitumise muutmine võtab aega ning edu saabub enamasti alles mõne aja pärast, s.o. oluline on järjekindlus. Küll aga võib

uute nõudmiste esitamine algul esile kutsuda ebasoovitava käitumise ägenemist.

- muutmist vajav käitumine on ka lapse enda jaoks probleem
Miks peaks hommikul riidesse panekuga kiirustama, kui see tähendab lemmikmultifilmidest ilma jäämist?

Üks võimalus käitumise muutumist kergemini jälgitavaks ja tagasisidet lapse jaoks märgatavamaks teha on punkti- või nn. „mängumargisüsteem“. Lapsega lepitakse kokku üks või paar kindlat käitumist (nt tõstan kätt ja ootan oma järjekorda, kui midagi öelda tahan või istun kokkulepitud ajal laua taha ja hakkam koduülesandeid tegema), mille teostamist mõnda aega jälgitakse ja kokku lepitud aja möödudes tabelisse märgitakse. Viimast võib teha laps ise - vastavat ruudukest ära värvides, klepsu kleppides, helmest purki pannes vmt. Teatud arvu kokkulepitud punktide saamisel võib laps lunastada ka suurema autasu. Arvestama peab, et mida raskemal kujul on ATH lapsel väljendunud, seda lühem peaks olema jälgitav periood, mille eest laps punkti sai ja kohesem teenitav tasu. *Näit. suutis laps tunnis 20 min ilma vahele segamata olla ja küsimustele vastamiseks kätt tõsta.*

Soovitused õpetajale

ATH-ga lapsega toimetulekul pea meeles mõttetetera: „Huumor ja kannatlikkus on kaks kaamelit, millega saab minna läbi kõrbe“

ATH-ga lapsed olemasolul klassis:

- loo struktureeritud ja etteennustatav keskkond
- sea sisse päevakava rituaalid (sh selge signaal tunni alguse ja lõpu kohta)
- muuda õppesessioonid lühemaks, tee rohkem pause, paku rohkem erinevaid võimalusi ülesannete lahendamisel
- kehtesta selged reeglid
- vajadusel anna viivitamatu tagasiside lapsekäitumisele
- suhtu positiivselt ja tunnusta ka pingutusi, mitte ära kiida vaid saavutuste eest
- pane lapse istekoht enda lähedale
- võimalusel pane laps istuma positiivset eeskujut andva kaaslasega

Klassis, kus õpib ATH-ga laps, peaks kirjalik tegevuskava olema nähtaval (oluline toetada sõnalist infot visuaalsega). ATH laps ei tohiks tunda igavust, õpitegevus peaks olema võimalikult mitmekesine, toetuma peaks lapse tugevustele. Tööülesannete lahendamisel tuleks anda ATH-ga lapsele üks ülesanne korraga, vajadusel tuleb instruksioone lihtsustada ja uuesti korrata või lasta lapsel endal neid korrata. Pikemaid ülesandeid oleks mõistlik jagada lapsele jõukohasteks osadeks. Sageli tuleb täpsemalt kirjeldada, mida tegema hakatakse ja leppida kokku, kuidas abi paluda. Uue materjali edastamisel on oluline võtta ATH-ga lapsega silmside, teha tegevustest vahepeal lühikokkuvõtted. ATH-ga lapsele oleks parem esitada ülesandeid võimalusel kirjalikult või visuaalselt, kus ta saab lähteandmeid vajadusel korduvalt üle vaadata.

ATH-ga lapse väljakutsuvat käitumistei saa tõlgendada kui personaalset rünnakut, vaid seda tuleb võtta kui osa häirest. Õpetaja peab suutma end valitseda ja reageerida sobilike ning ettenägelike meetmetega.

Konfliktide vältimiseks püüa probleemsituatsiooni rahustada, mitte üles kütta:

- proovi lapse tähelepanu mujale suunata
- jälgi lapse kehakeelt, et ennetada konfliktsituatsiooni
- mõnikord on õige lapsele üldse mitte tähelepanu pöörata, konfliktsituatsioonis
- **vältida vaidlemist**
- hoiata muutuste ees, et anda lapsele aega ühelt tegevuselt teisele üleminekuks
- jälgi „stressi spidomeetrit“, s.o. konflikti vältimiseks on mõistlikum midagi teha siis, kui lapse või õpetaja enda stressitase pole veel 100%
- pingeolukorras lihtsalt „pea kinni“ ja võta aega järelemõtlemiseks. 5-10 minutit on kõik, mida enamik inimesi vajab, et maha rahuneda ja selgelt mõelda. Selle ajaga suudab enamik inimesi jõuda ise õigete järeldusteni. Lapse pingestamine ei aita konflikti vältida ja on tegelikult vähetulemuslik.
- püüa jääda rahulikuks ja läbi rääkida
- mõnikord on vaja laps rahunemiseks enda haardesse võtta või süles hoida. Lapsele tuleb anda tagasisidet tunnete ja emotsioonide kohta, mida tema käitumine kaaslastes esile kutsub (nt kasutada emotsioonipilte)

- proovi alati leida lapses midagi head ja meeldivat, ükskõik kui suured probleemid temaga ka poleks

Mida peavad sõbrad ja klassikaaslased teadma?

(Seisundi piltlik kirjeldus. Sa oled olnud lõbustuspargis: kõikjal vilguvad tuled, iga nurga tagant on kuulda erinevat muusikat, on tunda popcorni ja grillvorsti lõhna, loteriipiletite müüjad hüüavad, karussellid pöörlevad, inimesed tunglevad ja tõuklevad keegliradade ääres).

ATH meditsiinilisi selgitusi on alla 12 aastastel lastel raske mõista. Sel põhjusel ei ole ütlus, et „midagi tema ajus on korrast ära“ kõige parem selgitus. Parim mõne sõnaga selgitus algkooli lapsele on, et :

- tema ATH-ga klassikaaslasel on raske eristada mis on tähtis ja mis mitte;
- seepärast segab ta vahele või katkestab teisi; ta ei tee seda teiste pahandamiseks või ärritamiseks;
- ravimid võivad aidata tal paremini aru saada sellest, mida ta näeb, kuuleb või tunneb;
- väga tähtsad on selged reeglid ja kiitused, kui ta on saanud hakkama millegi raskega, näiteks kui ATH-ga õpilane on suutnud oodata seni, kuni öeldakse tema nimi.

Mõnikord on gümnaasiumiealiste ATH-ga laste puhul võimalik, et laps ise selgitab oma olukorda, kuid küsimusi tekitab, kas õpilane suudab jääda objektiivseks ja neutraalseks klassikaaslaste ees. Sellisel juhul on parimaks variandiks klassile selgituste andmine õpilase ja kompetentse õpetaja koostöös.

Vanema ja kooli koostöö

Järgnevad sammud võiksid tekitada vastastikust usaldust õpetajate ja vanemate vahel. Olulised on regulaarsed kohtumised vanemate ja õpetajatega vastastikuse lugupidamise õhkkonnas. Kokkusaamist tuleks alustada lapse tugevatest külgedest rääkides. Erapooletult ja süüdistamata tuleks kirjeldada mõnda lapsega seotud keerulist juhtumit. Üheskoos tuleb välja töötada nii koolis kui kodus kehtivad reeglid, sest kodu ja kooli koostöös on võimalik leida paremaid lahendusi.

Näited reeglitest

- kodutööde tegemiseks peab olema kindel aeg,
- lapsele tagatakse keskkond, kus saab õppida rahus ja vaikusel korras laua taga
- ülesannete lahendamisel on kindel järjekord: esmalt lihtsamad ülesanded, seejärel raskemad ülesanded ja lõpuks kõige lihtsamad ülesanded.
- keskendutakse hetkel olulisemale (mitte lohakale käekirjale vaid töö sisule).

Soovitusi vanematele

Anna lapsele positiivne eeskuju elus ja ära heida lapsele ette minevikus tehtud vigu ning eksimusi. Leia aega lapsega koos tegutsemiseks. Tugevda tema eneseusaldust ja vastutustunnet, usaldades talle jõukohaseid koduseid töid ja ülesandeid. Kuna ATH-ga lastel on raskusi oma käitumise kontrollimisel, siis on selged käitumisreeglid igapäevaelus eriti olulised ja nende täitmist peab järjekindlalt nõudma. Su laps peaks samu reegleid ja tegevuskava järgima kõikjal. Vähesed ja kergesti meelde jäävad reeglid annavad lapsele stabiilsuse, kindlustunde ja suundumuse. Kasuta preemiapunktide andmist teatud kindlate käitumisviiside eest, näiteks reeglitest kinnipidamise eest. Laps kogub saab teatud hulga kogutud punkte vahetada varem kokku lepitud preemia vastu. Töötage preemiaplaan koos välja ja riputage see nähtavale kohale. Kiida oma last, kui ta järgib reegleid. Sekku kindlameelselt ja kohe, kui ta on reegleid eiranud. See näitab lapsele, et tagajärg saabub kohe. Oluline on saavutada üksmeel ja koostöö kõikide lapse eest hoolitsevate isikute vahel. Preemiat ei anta mitte ainult eduka soorituse eest vaid ka eesmärgi nimel pingutamiseks valmisoleku eest. Näita üles positiivsust nii tihti kui võimalik. Lapsega rääkides peaksid olema sõbralik ja kindel. Su laps märkab iga irooni ja rünnaku su kõnes. Sinu instruksioonid peavad olema selged ja järjekindlad. Tagasiside, olgu see positiivne või negatiivne, peab tulema ka koheselt. Kui su lapsel on väga suur vajadus liikuda, sportida või hullata, on see tähtis ja seda tuleb arvestada. Planeerides kodutööde aega, tuleb sinna vahele leida aeg füüsiliseks liikumiseks. See aitab parandada keskendumist. Kõige tähtsam teema kodu ning kooli vahel on ikka ja jälle koduste õppeülesannete tegemine. Vanematel on sellega palju muret, mistõttu vajavad nad toetust ja nõuandeid õpetajatelt.

Ravimite kasutamine

Ravimid on näidustatud juhul, kui rakendatud psühhosotsiaalse sekkumise viisid ei ole lapse tegevusvõime parandamisel osutunud piisavalt tõhusaks. Ravimite määramise eesmärgiks on kõikidel puhkudel ATH-ga lapse enesetunde ja tegutsemisvõime parandamine läbi sümptomite leevendamise, kuid ravimid ei ravi ATH-d välja. Kuigi ATH ravimid on enamasti üsna tõhusad ning ohutud, tuleb siiski arvestada lapse individuaalsete eripäradega. Mõnedel lastel tekitavad ravimid kõrvaltoimeid (sagedamini nt söögiisu alanemist, uinumiskraskusi vms), mis enamasti on kerged ja mööduvad, kuid vahel tuleb kõrvaltoimete tõttu ravimit vahetada või ravimi andmine katkestada. Ravimi kõrvaltoimete kohta saab täpsemalt lugeda ravimi infolehest, internetist Ravimiameti kodulehelt ja küsida lapse raviarstilt. Ravimite kasutamine oleneb alati ka vanemate soovist lapsele ravimeid anda, samuti lapse enda valmisolekust igapäevaselt ravimeid võtta. Isegi juhtudel, kui kõrvaltoimete hinnangul on ravimite määramine tingimata vajalik, määratakse ATH puhul ravimeid alati ainult lapse vanemate ja suuremate laste puhul nii vanemate kui ka lapse enda nõusolekul. Alati ei õnnestu ravimitega kõiki ATH sümptomeid leevendada, kuid enamasti suurendab ravimi kasutamine ka mittemedikamentoosete meetodite tõhusust ning vähendab edaspidist probleemide süvenemise (näiteks sõltuvushäirete kujunemine, meeleoluhäirete lisandumine jms) tõenäosust.

ATH ravimiseks kasutatakse kolme erinevasse rühma kuuluvaid ravimeid. Kahe esimese rühma ravimid on näidustatud vaid ATH raviks, sinna kuuluvad psühhostimulaatorid ja oma toimelt mitte psühhostimulaatorite hulka kuuluvad ravimid. Kolmandasse rühma kuuluvad tavapäraselt muude psüühikahäirete puhul kasutatavad ravimid, näiteks antidepressandid ja antipsühhootikumid, mida arst võib mõnikord määrata ka ATH raviks. Täpsemat infot ravivõimaluste, erinevate ravimite toimete ja võimalike kõrvaltoimete ning muude meditsiiniliste meetodite kohta saavad ATH-ga laps ja tema vanemad lapse raviarstilt.

Kasutatud ja soovitatavad infoallikad

- Almquist F., Ebeling H. jt. (2006). Laste- ja noorukite psühhiaatria
- Carr, A. (2006). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. 2. ed. London: Routledge.
- Kutscher, M. L. (2007). Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and more!: the one stop guide for parents, teachers, and other professionals. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Neuhaus C. (2001). Hüperaktiivne laps
- Nömme A. (2005). Hüpi lasteaias
- Lina M. (2007). Minu armas hüpi
- Roomeldi M., Haldre L., Susi A. jt (2002). Hüperaktiivne laps
- Tölge TIMSIS-st. <http://www.hospitalteachers.eu/timsis/index.php?id=1369&L=0>
- J. Treier, V. Vilu Hüperaktiivne laps lasteaias, Eripedagoogika nr 40, okt 2012
- www.elf.ee
- www.adhd.com
- www.info-adhd.de/adhs-was-ist-das.html.
- <http://peaasi.ee/aktiivsus-ja-tahelepanuhaire/>

Pervasiivsed arenguhäired

Anu Susi, Margit Koolmeister, Katre Kandimaa

Pervasiivsed arenguhäired e. autismispektri häired on spetsiifilised ajutalitluse eripärast tulenevad psühholoogilise arengu häired, mille puhul ei ole eakohaselt arenenud vastastikuse sotsiaalse mõjutamise ja suhtlemise võime, esineb huvide ning tegevuste piiratus, ühetaolisus ja korduvus. Pervasiivsele arenguhäirele omased psüühilise tegevuse eripärad võivad väljenduda erineval määral, mistõttu vaatamata põhimõtteliselt sarnastele psüühilise tegevuse eripäradele võivad pervasiivse arenguhäirega lapsed üksteisest oluliselt erineda. Sagedamini esinevateks pervasiivseteks arenguhäireteks on autism ja Aspergeri sündroom.

Pervasiivsete arenguhäirete sümptomid

Autismiga lastele on omane:

- eraklikkus, „oma maailmas“ olemine ja võimetus sotsiaalsetes olukordades eakohaselt toimida, teise inimese kehakeelest aru saada ning ennast kehakeelega väljendada
- kõne- ja keelearengu häired - vähene võime alustada või jätkata vestlust (vaatamata keeleoskuse tasemele) ning püsida dialoogis; keeleliste konstruktsioonide, sõnade, fraaside isikupärane või ühetaoline korduv kasutamine
- Kajakõne e.ehholaalia – esitatud küsimuse järgikordamine sisulist vastust andmata
- võimetus olla paindlik igapäevastes tegevustes või suhtlemises
- pilkkontakti puudumine või väga lühiaegne pilkkontakt
- kalduvus igapäevaseid tegevusi või ka kitsamat huvivaldkonda puudutavaid tegevusi ühetaolisel viisil pidevalt korrata

- kõrvalseisjale raskesti mõistatava põhjusega liigutuste või tegevuste pidev kordamine (näiteks kikkivarvastel kõndimine, sõrmede väänamine, esemete ritta ladumine jms)
- tähelepanu keskendumine objektide üksikutele huvipakkuvatele detailidele – näiteks ratta pöörlemine, pinnareljeef, tekitatav heli jms.
- raskused oma kehast arusaamisel ning kehalise tegevuse juhtimisel
- tajumise ülitundlikkus näiteks puudutuste, teatud lõhnade, helide, valguse vms suhtes
- raskused abstraktsete mõistete (aeg, kaugus jms) tajumisel
- hea mälu huvipakkuvate faktide meelespidamisel, kuid vähene võime seostada omandatud fakte asjakohaselt või neid õigel ajal ning sobivas kontekstis kasutada

Autismile võib lisanduda erineva raskusastmega vaimne alaareng, aktiivsustähelepanuhäire, epilepsia ja emotsionaalsed häired.

Aspergeri sündroomiga lastele on omane:

- ebapädevus sotsiaalsetes olukordades - laps võib täpselt teada sotsiaalse suhtlemise reegleid, kuid ei oska neid praktikas õigel ajal ja õigel viisil kasutada
- vähene empaatiavõime ja sõprussuhete loomise võime
- kitsapiirilise huvide või võimete avaldumine ning ülekaalukalt ja põhjalikult nendegategelemine
- korduvad ühetaolised käitumisviisid, rituaalid ja/või liigutused
- kõneoskuse eakohane areng, kuid raskused keele kasutamisel sotsiaalsetes olukordades, sõnatähenduse mõistmisel ning kõne rütmis, tempos või kõrguses
- abstraktsete mõistete (näiteks varsti, kohe, pärast jms) tajumise raskused; probleemid aja tajumisel, kauguste hindamisel ning erinevate kauguste võrdlemisel jms

- painumatu mõtlemine, raskused uute mõttemallidega kohanemisel, raskused oma kogemuste üldistamisel ning nendest õppimisel
- **ümbruse liiga üksikasjalik tajumine** - mõnede detailide liigne tähtsustamine, kuid raskused terviku tajumisel
- **ülitundlikkus** või tundetus kas teatud helide, valguse, puudutuste, maitse, lõhna, temperatuuri või ka valu suhtes
- tahtliku tähelepanu nõrkus - huvi mitte pakkuvatele ja pingutust nõudvatele tegevustele (näiteks mõne õppeaine õppimine) keskendumine on väga raske või ülejõukäiv
- mootorika, eriti peenmootorika probleemid – kohmakus sportlikes tegevustes; raskused paelte sidumise õppimisel; kohmakas ja halvasti loetav käekiri jms.

Pervasiivsed arenguhäired tulenevad ajutalitluse eripäradest, mille tõttu on lapsel

- raske enda ümber toimuvat tervikuna tajuda ning anda sellele õige tähendus
- raskused tegevuste organiseerimisel ja planeerimisel tulenevalt asjadevaheliste seoste tajumise raskustest
- raskused omaenda ja teiste sisemaailmast aru saamisel ning sellega arvestamisel

Praegusel ajal puuduvad ühtsed tõendus põhised teooriad, mis selgitaksid pervasiivsetele arenguhäiretele omaste ajutalitluse eripärade tekkimise põhjusi. Aju piltuuringutel on leitud mitmesuguseid muutusi aju ehituses, raku-uuringumeetodeid kasutades on leitud muutusi väikeaju rakkudes, osadel autismiga lastel on ilmnunud aju virgatsainete tasakaalu muutusi, osadel lastest on geneetilisi kahjustusi jne.

Pervasiivse arenguhäirega laste puhul tuleb kindlasti arvestada, et kõik nende käitumisilmingud ei ole alati seotud psüühilise tegevuse eripäradega, vaid võivad tuleneda samadest asjaoludest, mis põhjustavad käitumise muutusi ka igal normaalse arenguga lapsel. Näiteks suurenenud ärrituvus väsimuse või nälja korral, loidus haigestumisel jms. Pervasiivsetele arenguhäiretele ei ole omased tugevad üliemotsionaalsed (afektiivsed) reaktsioonid. Pervasiivse arenguhäirega lastel aga esineb selliseid reaktsioone siiski sageli, sest ajutalitluse eripärast tulenevate iseenda ja ümbruse tajumise raskuste tõttu satub laps segadusse ka tühisena näival

põhjusel ning ärevus tõuseb määrani, mil laps ei suuda oma käitumist talitseda. Psüühilise tegevuse eripärade tõttu vajavad ka eakohaste vaimsete võimetega pervasiivse arenguhäirega lapsed eakaaslastega võrreldes oluliselt rohkem ja üksikasjalikumat juhendamist.

Pervasiivse arenguhäirega lapse abistamine

Üldised soovitusel, mida peaks pervasiivse arenguhäirega lapsega suhtlemisel järgima:

- õpi mõistma konkreetse lapse eripärasid ning arvesta nendega
- aita lapse maailma väljastpoolt korrastada – anna talle iga ülesande jaoks konkreetsed juhised – mida ta peab tegema, kuidas ta peab seda tegema, kus see tegevus toimub, millal see toimub ja kes teda aitab
- konfliktiolukordades kuula alati ära lapse enda põhjendused ja seisukohad, mis võivad olla väga erinevad nendest, mida kõik teised selle olukorra kohta selgitavad – see aitab lapse käitumisest aru saada
- juhenda ja õpeta last sotsiaalsetes olukordades toimima, paremini mõistma teiste inimeste käitumist ja käitumismotiive
- koosta kindlad päeva-ja tegevuskavad
- püüa tagada, et olukorrad oleksid kindlad, lapsele arusaadavad ning etteaimatavad
- väldi ootamatuid muutusi planeeritud päeva- ja nädalakavas
- väldi võimalusel asju, mille suhtes esineb ülitundlikkus
- kasuta suhtlemisel konkreetseid ja üheselt mõistetavaid sõnu ning väljendeid, väldi mõistukõnet
- hoidu lapse eripäradest tulenevate käitumisveidruste kritiseerimisest ja halvustamisest
- hinda lapse tugevaid külgi ja aita neid arendada

Pervasiivse arenguhäirega lapsed ei vaja tingimata õpetamist kohandatud keskkonnas ja individuaalse õppekava alusel. Eeskätt sõltub tugiteenuste rakendamine, keskkonna ja õppekavas sätestatud õpieesmärkide kohandamise vajadus psüühilise tegevuse eripärade väljendatusest ja lapse üldisest vaimsete võimete tasemest.

Pervasiivsete arenguhäiretega laste kõne ja keele iseärasused, õpetamine koolis.

Pervasiivse arenguhäirega lastel esinevad raskused nii mittesõnalisel kui ka sõnalisel suhtlemises.

Kõnetutel pervasiivse arenguhäirega lastel on madalam ka üldine vaimsete võimete tase. Neil on raske mõista sidet meeltega mittetajutavate (abstraktsete) väljendite, sündmuste ning inimeste vahel. Selliste laste õpetamisel on otstarbekas kasutada niisugust kommunikatsiooni süsteemi, kus sümboli ja selle tähenduse vaheline seos on nägemise kaudu tajutav e. visuaalne. Autismiga laste puhul, kes ei mõista ka visuaalseid abivahendeid, tuleks õpetamisel kasutada konkreetseid esemeid. Luua tuleks lapsest lähtuv individuaalne kommunikatsioonisüsteem: keel, pildid, esemed ning õpetada, kuidas nende sümbolitega suhelda. Laps peab pilti näidates mõistma, et sellega soovib ta just konkreetset asja või tegevust. Selleks peab laps mõistma sümbolite tähendusest. Kuna suhtlemine ei ole autismiga lapsele sageli jõukohane, tuleks seda õpetada konkreetsest vajadusest lähtuvalt, luuetahtlikult mõne olukorra: näit kui laps on näljane, siis õpetatakse talle sümboleid, mille abil süüa küsida.

Laps, kes kogeb maailma taju abil moodustuvate kujutluspiltide kaudu, vajab raskuste puhul samasugustel alustel korraldatud abi maailmast arusaamiseks. Pildiliste vahenditega aidatakse lapsel jagu saada sellistest autismile omastest raskustest nagu meeltega tajumatute asjade (abstraktsioonide) ja ajalise järgnevuse mõistmise ning kõnest arusaamise raskused. Visuaalsete abivahendite kaudu taluvad autismiga lapsed paremini muutusi, nende mõtlemine muutub paindlikumaks ja tõuseb iseseisvus. Mida iseseisvamaks laps saab, seda vähem on ebaõnnestumisi ja ka käitumisprobleeme. Mida vähem on lapsel ühetaolist korduvat käitumist, seda suurem on tõenäosus sotsialiseerumiseks.

Uuringute põhjal väidetakse, et pootel Aspergeri sündroomiga lastest kõne hilistub, kuid tavaliselt räägivad nad 5-aastaselt juba lodusalt, kuid on märgatavalt vähem suutelised loomulikuks vestluseks. Erinevused avalduvad eelkõige kõne praktilises

kasutamises (pragmaatikas), sõnatähenduse mõistmises (semantikas) ja kõne meloodias (prosoodias).

Lapse kõne ei täida alati suhtlemisvahendi ülesannet. Jutt on sageli eelnevalt kodust, telerist või mujalt kuulnud teemade peegeldus. Iseloomulik on korduvalt ühe ja sama küsimuse küsimine ning alati sama vastuse ootus. Kõne on tihti tähenärijalikult täpne, last võib häirida kaasinimeste igapäevakõne korratus. Isegi piisava keelelise arengu korral on Aspergeri sündroomiga lastel raske mõista suhtluspartnerit. Vestluses ilmneb piiratud võime tajuda teist inimest, terviksituatsiooni, konteksti. Iseloomulik on orienteerumine sõnatähendusele, mitte lausele. Lapsel on keeruline mõista, et erinev rõhuasetus sõnale võib öeldu mõtet muuta. Iseloomulikuks on korraldustest sõna-sõnalt arusaamine, raskused kõnekujundite (metafooride), tervikliku tähendusega sõnaühendite (fraseologismide) ja naljanditemõistmisel. Samuti on Aspergeri sündroomiga lastel keeruline mõista inimeste kehakeelt ning nad võivad teha märkusi, mis on küll tõesed, kuid väljaütlemiseks mittedsobivad.

Õpioskused ja -tingimused

Sageli on pervasiivse arenguhäirega lapsed mõnes aines üliandekad, kuid teistes ainetes ilmnevad õpiraskused. Kui lapse üldine intellektuaalne tase on eakohane, siis võimaldab see tal gümnaasiumi tavaõppekava läbida enamasti rahuldavalt. Ometi esineb ebaühtlast võimekustõppeainete lõikes, motoorset kohmakust, motivatsioonipuudust ja ükskõiksust ülejäänud eluvaldkondade vastu. Raskusi valmistavad sageli eeskätt verbaalsed ning narratiivset e.sündmuste ajalises järgnevuses esitamist nõudvad ained (eesti keel, kirjandus, ajalugu). Lapse arutlustes on jutulõng küll jälgitav, kuid mõtted on katkendlikud ja tavaloojika mõistes kohati seosetud. Raskused esinevad mõtete sõnastamisel ja nende loogilisel järjestamisel, teksti kui terviku mõistmisel. Sageli lisanduvad kontekstivälised mõtted. Võime salvestada kuuldu kandub üle võimeks produtseerida teiste inimeste kõnet. Laps paigutab kuuldu katked sobivasse situatsiooni, võib mäletada aastatetaguseid ütlusi, kuid samas ei suuda meenutada mõni hetk tagasi toimunud vestlust. Kirjakeel on ühemõttelisem ning lugemisoskus on hea, paremini jääb meelde loetud tekst.

Aspergeri sündroomiga lastel on tehniline **lugemisoskus** enamasti väga hea, kuid raskusi võib tekkida vaikse lugemise ja loetu mõttest ning loogilistest seostest arusaamisel, tekstibaasi ning mõttelünkade tuletamisel. Ilukirjanduslikud tekstid

tekitavad sageli ületamatuid mõistmistakistusi. Raskused on mitmetähenduslikkuse ja kujundlikkuse mõistmisel, sümbolite ja mõistukõne tajumisel. Narratiivide puhul meenuvad vaid mõningad valikuliselt meelde jäänud sündmused. Tegelasvaheliste suhete vaatlus piirdub enamasti paari tegelase põgusa iseloomustamisega. Teose peamõtte sõnastamine on sageli ülejõukäiv. Õigekirja (ortograafia) ja kirjavahemärgistuste (interpunktsiooni) vigu esineb Aspergeri sündroomiga laste kirjalikes töödes üsnagi harva. Kirjandeid kirjutades esinevad olulised puudjäägid lauseloomes, eksimused sõnajärjes ja piiratud, ebatäpne või omapärane keeleliste väljendusvahendite valik.

Pervasiivse arenguhäirega lapsed saavad õppida ja võimetekohaselt areneda vaid turvalises ning struktureeritud õpikeskkonnas. Ülitundlikkusest tingitult on nad kergesti häiritavad informatsiooniküllusest ja ootamatutest muutustest päevakavas.

Põhimõtted, mida peaks arvestama pervasiivse arenguhäirega laste õpetamisel:

- õpetamine lähtub lapse individuaalsusest
- õpikeskkond on nii ajaliselt kui ruumiliselt korrastatud e. turvaline
- õppetöö korraldamisel toetutakse koostööle nii koolis töötavate spetsialistidega kui ka lapsevanematega

Ajaline ja ruumiline õpikeskkonna struktureeritus tagab, et kaoses olev laps suudab keskenduda õpitavale. Õpetajal peaks olema õpilasega individuaalne suhe, rohkema arvu õpilaste puhul tuleks rakendada abiõpetajad.

Pervasiivse arenguhäirega laste õpetamisel on kohane rakendada individuaalsele lähenemisele aga ka tegevuste struktureeritusele ja harjumuspärasusele ülesehitatud erimetoodikaid. Sobilikud on individuaalsed ülesanded ja individuaalne juhendamine, tegevustes kokku leppimine, tegevuse või ülesande mõttekuse selgitamine ja sooritusele tagasiside andmine.

Pervasiivse arenguhäirega laps on võimeline tegutsema vaid ühe kindla juhise järgi, suutmata korraga sooritada mitut tegevust, ühendada mitut juhtnööri või tekitada mitut mõistetevahelist seost. Seetõttu osutuvad ülesanded, mis eeldavad mitme juhise paralleelset jälgimist, liiga keerulisteks.

Pervasiivsete arenguhäiretega kaasnevad probleemid

Kuigi pervasiivse arenguhäirega võivad kaasneda erinevad probleemid, on enim lapse toimetulekut mõjutavaks puudused sotsiaalses vastastikmõjus e. interaktsioonis.

Sotsiaalse interaktsiooni vähesed oskused avalduvad:

- halvas mitteverbaalses suhtlemises
- sotsiaalse ja/või emotsionaalse vastastikususe e. retsiprooksuse vähesuses
- raskustes aja- ja/või ruumikasutusel sotsiaalses suhtlemises
- sotsiaalse mängu ja ajaveetmisoskuste nõrgas tasemes
- vähe arenenud sotsiaalsetes suhetes

Juba arenguhäire olemaolu iseenesest tähendab, et need lapsed erinevad millegi poolest teistest ning varem või hiljem tunnetab seda ka laps ise. Osad lapsed reageerivad sellele kaasnevaid emotsioone enda sisse suunates, teised pööravad need väljapoole. Ennekõike teadvustatakse probleeme ja nad muutuvad aktuaalsemaks noorukieas, kuid see võib juhtuda ka varem. Kuna pervasiivse arenguhäirega lastel puudub intuiitivne teadmine, kuidas teistega mängida või suhelda, võivad nad kergesti sattuda narrimise, naljade või tõrjumise sihtmärgiks. See võib mõjutada lapse enesehinnangut, panna ta endasse tõmbuma ja muuta lapse enda suhtes liiga tundlikuks ning kriitiliseks. Mõned pervasiivse arenguhäirega lapsed võivad probleemidega toimetulekuks luua oma fantaasiamaailma, kus ta on pädev ja edukas. Tänapäeval lisandub oma fantaasiatele tihti ka arvuti virtuaalne maailm. Kohati võib see hakata pärssima lapse huvi reaalse elu vastu. Mõned lapsed suunavad oma viha ja ängistuse väljapoole, muutudes teiste inimeste vastu vaenulikuks ja üleolevaks. Mõnel juhul võidakse jäljendada ka mõnda populaarset eakaaslast. Probleem tekib siis, kui selle sotsiaalselt populaarse lapse käitumine läheb vastuollu kehtivate reeglitega.

Pervasiivse arenguhäirega lastele on omane ülemäärane ärevus struktureerimata, kiiresti muutuvate, emotsionaalsete või sotsiaalselt väljakutsuvate situatsioonide ees. See on seotud raskustega nende situatsioonide mõistmisel ja võib põhjustada ebasobivat käitumist - näiteks vältimist, stereotüüpide sagenemist, verbaalset või füüsilist rünnakut.

Pervasiivse arenguhäire korral on häirunud võime nii enda kui ka teiste emotsioone tajuda ning enda emotsioonidega toime tulla.

Üks olulisi väljakutseid, mis pervasiivse arenguhäirega lapse puhul vanemaid ja õpetajaid ees ootab, on lapse pingeseisundist ja ärritusest tingitud raevuhoogudega toimetulek. Kuna need raevuhood näivad kõrvalseisjale tihti ootamatult ja mõistetamatutel põhjustel algavat ning vallanduv agressiivne käitumine on tugev, on need üheks peamisteks käitumisprobleemideks, mida kardetakse ja kurdetakse.

Ükskõik, kui arusaamatu lapse emotsionaalne kriis võib tunduda, on selle kulgemisel oma seaduspärasused.

Emotsionaalse kriisi 3 staadiumi:

1. ärritus – muutused käitumises, mis on tihti vähemärgatavad ja ei pruugi otseselt viha väljendusega seotud olla (nt küünte närimine, grimassitamine jne). Sageli jäävad need märgid last vähe tundvale inimesele märkamatuks või ei osata neid õigesti tõlgendada. Tuleb meeles pidada, et pervasiivse arenguhäirega laste mitteverbaalne eneseväljendus on enamasti vähene ja omapärane.
2. raevuhoog
3. taastumine

Lihtsaim viis raevuhoogudega toime tulemiseks on nende vältimine

- Ärrituse ja ärevuse vähendamiseks peaks olema võimalus hinnanguvabalt lapse situatsioonist eemaldamiseks (nt saadetakse klassist mingit ülesannet täitma, kodus oma tuppa). Lapsega tuleks rahuolekus arutada, kuidas ta ise oma ärevuse tõusu oskaks märgata ja mida ta saaks ise enda emotsioonide kontrollimiseks teha.
- Laps võib vajada võimalust omaette olekuks, aidata võivad erinevad eneserahustamise võtted (stressipall, hingamisharjutused jmt).
- Klassiruumis aitab mõnikord vahemaa kontroll – õpetaja läheb klassiruumis lapsele lähemale, näidates välja, et ta saab aru, et midagi on viltu ja ta püüab seda mõista. Samuti võib õpetaja anda signaali tähelepanust – märguanne, et probleemi on nähtud (võib olla varem kokku lepitud žest või lause).
- Olulisel kohal ärevuse vähendamisel on keskkonna lapsele ennustatavaks muutmine: rutiinile toetumine, kindlad reeglid, nõuded, päevakava. Muutused peaksid olema lapsele ette teada ja uute tegevuste või keskkondade puhul vajab laps eelnevat juhendamist, kuidas ta peaks seal käituma.

- Aidata võib ka lapse erihuvide ärakasutamine – nii rahunemiseks kui motiivatsiooni tekitamiseks.
- Proovida võiks tähelepanu ümbersuunamist mõnele vähem ärritavale tegevusele. Ettevaatlik tasuks siin olla huumori kasutamisel – see peaks olema lapsele selgelt arusaadav.
- Nii lasteaias, koolis kui kodus võiks lapsel olla oma turvapaik - kindel koht, kuhu laps saab vajadusel minna maha rahunema või ennast koguma. Seal võiks tal olla võimalus tegeleda mõne rahustava ja meelepärase tegevusega.
- Mõnikord aitab juba seegi, kui me anname märku, et mõistame lapse raskusi. Mõne lapse puhul võib aidata, kui lihtsalt jalutada koos temaga kuni ta rahuneb. Tähtis on sel ajal lasta lapsel rääkida, kuna ükskõik, mida me ka ei ütleks, võib laps seda valesti tõlgendada ja veelgi enam ärritada.
- Ärevuse ja ärritatavuse maandamiseks võib lapsele soovitada ka aktiivseid tegevusi, nt spordiga tegelemine.
- Last võivad aidata emotsioonidega toime tulla ka alternatiivsed emotsioonide väljendamise viisid (muusika, joonistamine, lugemine jne).

Väga vajalik on õppida märkama ja ära tundma märke, mis näitavad, et see konkreetne laps on ülemääraselt pinges ning leida just antud lapsele sobivad pinge vähendamise meetodid. Meeles tasub pidada, et ebasobiv meetod võib last veelgi enam ärritada ning võte, mis sobis ühe lapse puhul ei pruugi sobida teisele.

Raevuga toimetulek

Agressioon võib olla nii väljapoole suunatud (karjumine, hammustamine, löömine, asjade lõhkumine jne) kui sissepoole suunatud (endassetõmbumine, enesevigastamine).

Vajalik on hoolitseda nii selle lapse kui teiste laste ja lähedal olevate täiskasvanute ohutuse eest. Samuti on vajalik kaitsta kooli, kodu või isiklikku vara lõhkumise eest.

Laps tuleks eralda teistest, hea oleks kasutada turvapaika. Kui pole võimalik last mujale suunata, tuleks eemale viia teised lapsed. Oluline on aidata lapsel saavutada kontroll ja säilitada väärikus.

Taastumine

Peale raevuhoogu võivad lapsel olla vastandlikud tunded, ta ei pruugi toimunut täielikult mäletada. Laps võib muutuda pahuraks, tõmbuda endasse või eitada toimunut. Mõni laps võib olla nii läbi, et tahab raevuhoo möödudes magada. Selles seisukorras laps pole veel võimeline õppetööst osa võtma. Oluline on ette planeerida, kas seda aega saab kasutada toimunu arutamiseks ning kas oleks vaja mingiks ajaks teha muutusi lapse keskkonnas (nt lasta tal mõnda aega omatte olla). Tavalisemaid vigu, mida sellises olukorras tehakse, on lapse liiga kiiresti stressirohkesse situatsiooni tagasi suunamine. Enamasti vajab laps toetust, et uuesti klassitöösse sulanduda. Tihti aitab, kui leida alustuseks mingi motiveeriv tegevus, mida laps suudab raskusteta täita.

Tulemaks toime väljakutsetega, mida sotsiaalne keskkond ja enda emotsioonidega toimetulek lapsele ja teda ümbritsevatele inimestele iga päev esitavad, vajavad pervasiivse arenguhäirega lapsed nii mõistmist kui adekvaatset juhendamist.

Abivõimalused:

- Vanemate toetamine ja nõustamine, aitamaks mõista laste eripärasid ja vajadusi (s.h. ka kogemusnõustamine ja vanemate toetusgrupid)
- Tugiisik, kes aitaks lapsel lasteaias või koolis sotsiaalseid situatsioone mõista ja nendega toime tulla.
- Sotsiaalsete oskuste treening
- Psühhoteraapia
- Suuremate laste puhul ka grupiteraapia.

Kasutatud kirjandus

- Almqvist F., Ebeling H. jt. (2006). Laste- ja noortepsühhiaatria
- Andrus Org. Eesti keele ja kirjanduse õpetamisest Aspergeri sündroomiga õpilastele, Eripedagoogika nr 37
- Attwood, T. (2007). The Complete Guide to Asperger's Syndrome. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gillberg, C. (2003). Aspergeri sündroom. Normaalne, geenius või nohik?
- Gillberg C, T.Peeters. (1995). Autism Medial and educational aspects
- Haridus- ja teadusministeerium, Eesti Puuetega Inimeste Koda Teatmik õpetajatele. (2010).
- „Märka ja toeta last“ Sagedamini esinevad terviseseisundid ja puuded õpilastel
- Kutscher, M. L. (2007). Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and more!: the one stop guide for parents, teachers, and other proffessionals. London and Philadelphia:Jessica Kingsley Publishers
- Rätsep E. Logopeedi tööst Tartu Herbert Masingi Koolis, Eripedagoogika nr 37
- Suuder M. Autismispektri õpilaste kogemus Tartu Herbert Masingu Koolis, Eripedagoogika nr 37

Soovitavad infoallikad

- www.autismeesti.ee
- www.autism.com
- Mark Haddon. (2003). Kentsakas juhtum koeraga öisel ajal
- Daniel Tammet. (2007). Sündinud sinisel päeval
- Gunilla Gerland.(2012). Päril inimene
- Susanne Schäfer. (2014). Tähed, õunad ja kumer klaas. Minu elu autismiga

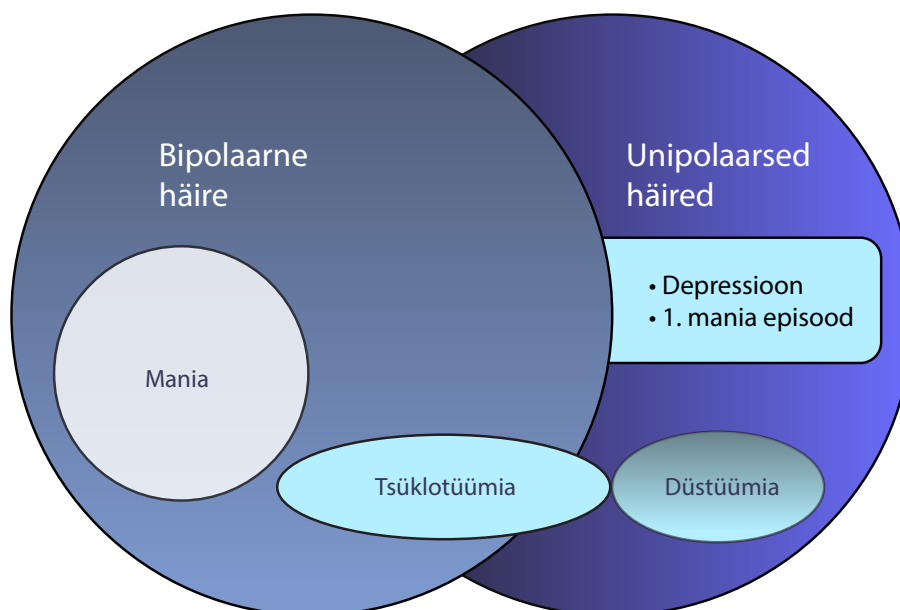
Meeleoluhäired lapseas

J. Liivamäg, K. Pruulmann

Meeleoluhäir

e on meeleolu muutus, mis väljendub kas ülemäärases meeleolu languses, tõusus või ka kõikumises. Meeleoluhäirete hulka kuuluvad mania, bipolaarne häire ja depressioon ning püsivama kuluga meeleoluhäireid - tsüklotüümiat ja düstüümiat (vt joonis 1.) Meeleoluhäire diagnoosimisel võetakse arvesse, kas tegemist on ühekordse episoodi või korduvate episoodidega. Avalduvate sümptomite hulga, iseloomu ja raskuse alusel eristatakse kerget, mõõdukat ja rasket meeleoluhäiret.

Joonis 1. Meeleoluhäirete üldine jaotus



RHK-10 käsitleb meeleoluhäireid ühtmoodi kõigis vanuserühmades – nii täiskasvanutel kui ka lastel. Lapseas on aga meeleoluhäirete hindamisel ja tekkepõhjuste väljaselgitamisel vajalik arvestada lapse vanusest ja arengutasemest tulenevaid käitumise eripärasid ning laste psüühikat mõjutada võivaid kaasnevaid probleeme (psühho-sotsiaalsed probleemid; käitumis- ja õpiraskused, uimastite tarvitamine jms).

Meeleluhäirete alajaotus ja sümptomid

Düstüümia on pikaajaline püsiv kerge meeleolu langus, mil laps tuleb igapäevaste nõudmistega küll toime, kuid tunneb end enamuse ajast (sageli kuudepikkuselt) halvasti, väsinuna ja rõõmutuna, lapse uni on halb ning iga tegevus nõuab pingutust. Selline seisund võib vahelduda mõned nädalad või ka paar kuud kestvate tavalise hea enesetunde perioodiga.

Tsüklotüümia on meeleolu kõikumine, kus vähemalt ühe aasta jooksul ilmnevad korduvad meeleolu ja tegevusaktiivsuse vähese kõrgenemise ja alanemise episoodid, mis vahelduvad vähemalt 1-2-kuuliste tavalise hea enesetunde perioodidega.

Meeleolu languse e. depressiooni põhilisteks tunnusteks on meeleolu alanemine, huvide ja elurõõmu kadumine ning energia vähesus, mis avaldub suurenenud väsitatavusena ja tegevusaktiivsuse vähenemisena. Lisanduda võivad muud sümptomid.

Depressioon võib tuleneda erinevatest põhjustest, kuid sagedamini on depressiooni teke seotud suhetega lapse lähemas ümbruses. Depressioon avaldub erinevas vanuses lastel mõnevõrra erinevalt.

Imiku- ja väikelapseas väljendub meeleolu langus nutlikkusena, une- ja toitumisharjumuste aga ka tegevusaktiivsuse muutustena. Väikelapsea pikaajalise meeleolulanguse tagajärjel kujuneb välja ükskõiksus ümbruse ja sotsiaalse suhtlemise vastu; väheneb vastupanuvõime haigustele; võivad ilmneda mao-sooletrakti häired ning kaalu langus ja/või avalduda psüühika taandarengu ilmingud (pea kõigutamine, kehaga koogutamine, omandatud käitumisoskuste ununemine).

Eelkoolieas väljendub depressioon suurenenud ärrituvuse, kapriisuse, jonnakuse, tujutuse, rahulolematuse, passiivsuse ja kurbusena. Laps või muutuda ebakindlaks, kartlikuks ja klammerduda vanemate külge. Tekivad mitmesugused hirmud, väheneb suhtlemisvalmidus ning kaob huvi seni meeldinud tegevuste ja asjade vastu (st. tekib anhedoonia). Sageli avalduvad uinumisraskused, rahutu uni, öised hirmusööstud või halvad unenäod, samuti pea- ja kõhuvalud, isutus ja iiveldus, allapissimine (enurees) ja/või püksikakamine (enkoprees). Lapse mängudes võivad valdavaks saada agressiivsed või surmaga seotud teemad. Lapse depressioonile omane lootusetusetunne võib avalduda hoolimatusena enda turvalisuse suhtes või ennastkahjustava käitumisena. Pikema kestusega depressioon eelkoolieas võib

viia varem omandatud oskuste ja teadmiste taandumisele ning kognitiivse arengu aeglustumisele. Eelkooliealiste laste depressioon võib mõnikord maskeeruda käitumishäirete taha ja avalduda peamiselt hüperaktiivsuse, suurenenud ärrituvuse või agressiivsusega. Samuti võib selles eas laste depressioon varjuda mõne ärevushäire või foobiaste taha. Suhteliselt sageli võib eelkooliealiste laste depressioon avalduda aga peamiselt vaid kehaliste vaevustena - pea- või kõhuvalude, unehäirete, halva enesetunde, enureesi või enkopreesina.

Algkoolieas ja nooremas koolieas avaldub depressioon juba selgemini emotsioonide, tegevusaktiivsuse ja tähelepanu regulatsiooni häirumisena. Positiivsed stiimulid ei paku enam huvi, ei tekita rõõmu ega entusiasmi. Vaimne pingutus on väsitav, kõik tundub igav. Keskendumisvõime langus põhjustab õpiraskusi. Teiste ja enda edukuse, arukuse ning võimete võrdlemisel kujuneb madala enesehinnangu tõttu alaväärsustunne, kurbus, nutlikkus ja sotsiaalne eemaletõmbumine. Laps muutub ebakindlaks, ta hakkab uusi ülesandeid vältima, tunneb end tühisena ja kõiges süüdi olevat. Depressiivne lapse kogeb enda senist ja praegust elu sageli mõttetu ning tühisena. Sellises seisundis sagenevad surmaga ja elust lahkumisega seotud mõtted; enesetapumõtted, -plaanid ja -katsed. Mõnel lapsel võib psüühilise sisepinge ja lootusetustunde leevendamiseks ilmned kompensatoorne fantaseerimine, mil laps suhtleb oma kujutluses väljamõeldud sõpradega ja kujutleb end edukaks eirates tegelikke raskusi. Mõnedel juhtudel on fantaasiad aga agressiivse ja hävitusliku sisuga, mis avalduvad lapse käitumises ja suhtlemisel. Mõnikord võib depressiivne laps iga hinna eest püüda eakaaslaste tähelepanu ja heakskiitu korrarikkumistega või kaaslaste maiustuste, asjade ja rahaga „ära ostes“. Depressiivsetel lastel võib sageli esineda mitmesuguseid kehalisi vaevusi nagu rahutu uni või päevane unisus, söögiisu muutused, halb enesetunne, väsimus, pea- ja kõhuvalud.

Depressioon teismeeas sarnaneb suures osas täiskasvanute depressioonile, kuid säilib ka osa lapsea depressioonile omaseid sümptome. Meeleolu langusega kaasneb huvitus varem meeldinud tegevuste suhtes, keskendumisraskused, vaimse tegevuse ja liigutuste aeglustumine, väsimus, uimasus ja tahtejõuetus. Laps ei suuda olla sama edukas kui varem. Ilmnevad uinumisraskused, pinnapealne uni või liigvarajane ärkamine, mõnikord ka liigne unevajadus. Muutuda võib söögiisu. Näiteks võib tekkida ülemäärane magusaisu või vajadus pidevalt süüa, mis toob kaasa kehakaalu kasvu. Mõnikord aga kaob söögiisu sootuks ja laps kõhnub. Selgemini avalduvad seisundi ööpäevased kõikumised - „raskeim aeg“ on tavaliselt hommikupoolikuti. Selliste sümptomite taustal tekivad kergesti

ärrituse- ja tundepehked, avaldub impulsiiivne käitumine. Süveneb lapse madal enesehinnang, ta on endas pettunud, tunneb end väärtusetuna ja kõiges süüdi olevat. Laps on lootusetu olukorra paranemisvõimaluste suhtes. Tekivad elutüdimus- ning enesetapumõtted (e. suitsiidmõtted), aga ka konkreetsed enesetapuplaanid ning - katsed. Enamasti ei oska teismelised täpselt hinnata erinevate enesetapuvõimaluste tegelikku ohtlikkust, kuid mõnikord lõppevad enesetapukatsed tõesti elust lahkumisega. Seetõttu tuleb enesetapumõttesse ja -katsesse alati suhtuda väga tõsiselt isegi siis, kui lapsel pole veel tegelikku surmasoovi, vaid tema enesetapukatsed on märgiks lapse jaoks väljapääsmatuna näivast olukorrast.

Erinevalt täiskasvanuist on lastel depressiooni korral rohkem kehalisi kaebusi ja depressioon kestab kauem. Depressiivsetel tüdrukutel avaldub selgemini kurbus, abituse, suhtlusest kõrvaletõmbumine, tegevuse piiratus ning enesetapuähvardused ja -katsed. Poiste depressioon väljendub sagedamini enda väljaelamise, ärrituvuse, püsimatuse ja impulsiiivse käitumisena; vähese pinget- ja koormustaluvusena. Poisid pöörduvad harva ise abi saamiseks, neil on palju enam surmaga lõppenud enesetapukatseid.

1999.a. Tartu linna ja maakonna laste kohta tehtud uuringu järgi oli depressiooni levimus 2-3-aastastel lasteaialastel 3% , poistel ja tüdrukutel võrdne. Kirjanduse andmetel on selles vanusegrupis depressiooni levimus 0,3- 1%, samuti poistel ja tüdrukutel võrdne.

Algkooliealiste Tartu linna ja maakonna laste seas oli sama uuringu alusel depressiooni levimus 5%, kuid poiste hulgas levinum kui tüdrukutel. Kirjanduse andmetel on selles vanusegrupis poiste ja tüdrukute hulgas depressiooni levimus võrdne, 1,8 – 2%.

14-16 - aastaste Tartu linna ja maakonna koolilaste seas oli depressiooni levimus 3%, tüdrukute hulgas levinum kui poiste hulgas. Kirjanduse andmetel on selles vanusegrupis depressiooni levimus 4,7-5% ning tüdrukute hulgas levinum kui poistel.

60%-l depressiooniga lastest taandub depressioon 1-1,5 aasta jooksul ka ilma ravimeid kasutamata, kuid neist 30-70%-l kordub depressioon 2-5 aasta jooksul. Umbes kolmandikul depressiivsetest lastest ei ole depressiooni sümptomid väga tugevad ja väljenduvad düstüümiana. Kuni kolmandikul juhtudest on lapsea depressioon riskifaktoriks bipolaarse häire kujunemisele täiskasvanueas.

Lastel kaasnevad depressiooniga sageli muud psüühikahäired, mille esinemise protsent on erinevate autorite andmetel väga erinev. See peegeldab eeskätt lapseas esinevate psüühikahäirete eristamise keerukust, kuna paljud sümptomid on kattuvad. Depressiooniga esineb sageli koos

- Aktiivsus-tähelepanuhäire (5%...60%-l)
- Ärevus- või kohanemishäired (30%...75%-l)
- Mitmesugused käitumishäired (20%...80%-l)

Bipolaarsete häirete (BH) ühiseks tunnuseks on ülemääraselt kõrgenenud meeleolu e.mania episoodide vaheldumine depressiooni episoodidega. Depressioonist oli täpsemalt juttu eelmises alalõigus, seepärast leiab allolevalt käsitlemist eeskätt mania. BH maniakaalse faasi põhitunnusteks on ülevustunne ja kõrgenenud meeleolu koos suurenenud ärrituvusega, mis lastel võivad avalduda järgmiste sümptomitena:

- rõõmujoovastus e. eufooria, mis ei ole kohane antud olukorras ning kahjustab lapse psühhosotsiaalset kohanemist
- suurusmõtted; enda võimete, oskuste ja tähtsuse ülehindamine
- ideederohkus koos kõnelise aktiivsuse tõusuga või suurem kõnevajadus, familiaarsus
- kõne ja tähelepanu ülemäärane hajuvus
- tegevuste ja toimingute lõpetamata jätmine
- kõrgenenud ärrituvus; lapse nõudmiste mitteametlikul - vaenulikkus ja jöhker raev
- valed tormakad hinnangud, otsustused ja tegevus
- ülemäärane hõivatus lapsele meeldivatest või isegi riskantsetest ettevõtmistest,
- vähenenud unevajadus ilma päevase väsimuseta
- seksuaalsuse tõus koos seksuaalselt väljakutsuva käitumisega
- uimastite kuritarvitamine kuni neist sõltuvuse kujunemiseni ja siseorganite kahjustuseni

Paljudest uuringutest ilmneb, et mania algust eelpuberteedieas iseloomustab eeskätt psühhomotoorse aktiivsuse tõus, tundepehangute kontrolli raskus, impulsiivne ja agressiivne käitumine, kuid mitte niivõrd eufooria. Suurusmõtted ei avaldu selles vanuses nii selgesti. Enamusel lastest kulgeb BH lapseeas ärrituse ja raevusööstudega ning selline BH on ebasoodsama kuluga. Pooltel lapseeas alanud BH juhtudel kordub haigushoog 5 aasta jooksul ja episoodid alluvad ravile halvemini - see võib olla tingitud vähesest ravisoostumusest ja ebaregulaarsest ravimite tarvitamisest.

Viimase 20-30 aasta uuringud on näidanud, et suuremal osal lastest kulgeb BH täiskasvanuist paljuski erinevalt. Lapseea BH meeleolumuutuse episoodid kestavad pikka aega, kuid ühe episoodi vältel võib lapsel meeleolu korduvalt ja kiiresti vahelduda või mania ja depressiooni sümptomaatika avaldub samaaegselt ning läbipõimunult. Lapseeas on meeleolumuutuse episoodide algus ja lõpp ebaselgete piiridega ning üksikud sümptomid (näiteks ärrituvus) säilivad pikemat aega ka normaliseerunud meeleolu perioodil. Sageli on BH sümptomid lapseeas segunenud või varjutatud kaasnevate psüühikahäirete (aktiivsus-tähelepanuhäire, ärevus- või käitumishäired, uimastite kuritarvitamine jt) sümptomitega, mistõttu on sageli keeruline eristada põhilist psüühikahäirest kaasuvatest (eriti aktiivsus-tähelepanuhäire ja käitumishäirete olemasolul).

Ülaltoodud sümptomaatika olemasolul on vajalik laps või nooruk suunata lastepsühhiaatri vastuvõtule. Lapse seisundile õige hinnangu andmine ning BH diagnoosimine on väga oluline selleks, et:

- laps saaks õigeaegselt vajalikku põhjuslikku ravi, mitte ei keskendutaks vaid käitumise mõjutamisele selliste võtetega (nt noorsoopolitsei, alaealiste komisjon, erikooli suunamine jne), mis BH korral pole piisavaks; ravita jäämine võib viia maniakaalsuse ja käitumishäirete süvenemisele või meeleolu muutuste kiirele vaheldumisele;
- ennetada lapse haridustee katkemist BH-st tulenevate raskuste tõttu, kuna madal haridustase takistab võimetekohaste oskuste omandamist ja vähendab edaspidist toimetulekut täiskasvanueas;
- ennetada hüperseksuaalsusega kaasnevaid ohte – seksuaalset väärkohtlemist, suguhaigustesse nakatumist ja varajast soovimatut rasedust, kuna kõik need tekitavad täiendavaid psühholoogilisi ja sotsiaalseid probleeme;

- vähendada lapse BH-st tuleneva keerulise käitumisega seotud pingeid perekonnas ja koolis, et vältida laps ilmajäämist perekonna, koolikaaslaste ja õpetajate toest, kuna toest ilmajäämine süvendab asotsiaalset käitumist;
- ennetada lapse madala enesehinnangu kujunemist tulenevalt tema toimetuleku vähenemisest ja sotsiaalsetest piirangutest, kuna madal enesehinnang võib negatiivselt mõjuda lapse isiksuse arenemist;
- vältida impulsiivset enesetappu, kuna selle oht on seoses psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemidega suur nii depressiooni kui ka mania faasis; 10%-15% BH-ga lastest lõpetavadki oma elu suitsiidiga.

BH mõjutab olulisel määral lapse kognitiivset arengut. Kuigi IQ üldskoor on BH-ga lastel enamasti normi piires, on kognitiivse tegevuse tase ebaühtlane. Psühholoogilisel uuringul avalduvad BH-ga lastel madalamad tulemused tähelepanu (eriti püsiva tähelepanu hoidmise) ja mälu (esmajoones sõnalise mälu) aga ka mõtlemis-, üldistamis- ja keskendumisvõimet hindavates alltestides. Sotsiaalses valdkonnas avalduvad raskused otsuste tegemisel ja oma tegevuse juhtimisel.

Kuna mania, mis esineb bipolaarse häire raames, ei erine oma väljenduse poolest eraldiseisvast maniast, siis seda eraldi ei käsitleta.

Suitsiidohtlikkus

Meeleoluhäirete, eriti depressiooni ja bipolaarse häire korral, tuleb tähelepanelik olla märkide suhtes, mis võivad viidata suitsiidohtlikule situatsioonile. Sagedamini võivad suitsiidohtlikkusele viidata alljärgnevad ilmingud lapse käitumises :

- lapse elutu kõnemaneeer, tagasitõmbunud või kurb olek, aeglasem kõne ja liigutused;
- pidev tüdimus, igavus, loidus ja entusiasmi kadu;
- õpiedukuselangemine (keskendumisvõimelangusest? motivatsioonipuudusest?);
- põhjendamatu ärrituse või impulsiivse käitumise puhangud;
- süütunnete avaldamine pereliikmetele, sõpradele või õpetajale, kahetsus oma käitumise pärast;
- enesekahjustamise mõtted (tahaks olla kõigest eemal; hea, kui rahule jäetakse; ma olen karistust väärt; „lõpliku lahkumise“ mõtted jne);

- varem teethed korduvad väljakutsuvad „eksperimendid“ (nt nõ. „õnnetused“, ümbritsejaile arusaamatute vigastuste teke, selged enesevigastused, naljutamine, endale valu tekitamine jms):
- suulised või kirjalikud avaldused surmast või elutahte puudumisest (päevik, joonistused, kirjad sõpradele või sellekohase info edastamine internetis);
- mõtlemise hõivatus suremisega seonduvast ja huvi surmaga seotud teemade vastu ;
- lapsele kallite esemete ära kinkimine või vastavate korralduste tegemine;
- teada on andmed lapse väärkohtlemisest kodus või koolis;
- laps on jäänud sotsiaalse toeta (sõbra kaotus, avalik häbistamine eakaaslaste poolt, perekonna lahkumine, last toetava pereliikme surm jne).

Esimesed 5 tunnust viitavad eelkõige meeleolulangusele, ülejäänud tunnused otseselt suitsiidohule.

Meeleoluhäirete ravi

Meeleoluhäirele viitavate sümptomite olemasolul on vajalik laps suunata lastepsühhiaatri vastuvõtule, kes koostöös teiste lastepsühhiaatrilise meeskonna spetsialistidega lapse seisundi hindab ning ravi määrab. Meeleoluhäirete ravi eesmärgiks lapseas on haigusliku sümptomaatika vähendamine, psüühilise tegevuse parandamine, lapse normaalse arengu soodustamine ning häire taaspuhkemise vältimine. Ravi kestab enamasti pool aastat või rohkem ning sisaldab ravimite andmist paralleelselt psühhoteraapiameetodite rakendamisega. Psühhilist tegevust mõjutavatest ravimitest kasutatakse peamiselt:

- meeleolutasakaalustavaid ravimeid (antikonvulsandid, liitiumi preparaadid);
- alanenud meeleolu normaliseerivaid ravimeid e antidepressante
- ärrituvuse, impulsiivsuse, purustava käitumise või liigselt kõrgeenenud meeleolu normaliseerimiseks kasutatakse psühhoosiravimeid e neuroleptikume
- kui ravimid koos psühhoteraapiameetodite rakendamisega ei ole piisavalt tõhusad, siis haigla tingimustes kasutatakse ka elekterkrampravi

Meeleoluhäirega lapse abistamine koolis

Meeleoluhäirete puhul tuleb arvestada, et need võivad esineda väga erinevas raskusastmes. Sellest tulenevalt on ka juhtumiti erinev lapse võime osaleda õppetöös ja muus koolielus. Raskematel juhtudel jääb laps haigla- või kodusele ravile ning vajab aega taastumiseks, et jälle vaimse pingutusega tegelda. Samas on enamiku laste puhul mure tegemata koolitöö ning toimetulematuse pärast üheks meeleoluhäiret alal hoidvaks teguriks.

Ennekõike saab kool olla tähtis osaleja ennetuses. Ennetusviisideks on nii turvalise koolikeskkonna loomine, õpilaste ja töötajate teadlikkuse suurendamine üldiselt kui ka iga konkreetse õpilase puhul ohumärkide tähele panemine ning temale vajaliku toetuse pakkumine.

Sageli piirduvad teadmised meeleoluhäiretest **eksiarvamustega**. Olgu siin ära toodud mõned levinumad:

- „*Depressioon on nõrkade, intellektuaalselt vähevõimekate ja raskuste eest põgenevate inimeste probleem*” – paraku kipub olema vastupidi: depressioon tabab sagedamini just neid lapsi, kes oma headest eeldustest tulenevalt on endale kõrged eesmärgid ja ootused seadnud ning tunnevad, et ei suuda seda kõike välja kanda. Kahjuks on mõnikord tegemist ka liiga kõrgete ootustega kodu poolt – laps on ju nii tubli, ja kui ta veel veidi pingutab – mida kõike me siis saavutame!
- „*Keegi peale (depressioonis oleva) isiku enda teda aidata ei saa*” – see on ekslik ka täiskasvanute puhul, lastel on reeglina (isegi kui nad seda ise ei taju või ei tunnista) „õigustatud ootus”, et täiskasvanud on targemad, kogenumad ning teavad paremini, mis on noorele inimesele hea. Ka ennastkahjustav käitumine on enamasti appihüüe, mitte kindel soov elust lahkuda. Enamus lapsi on abile vastuvõtlikud, kuid depressioonist tingitud väärtusetuse ja lootusetuse tunne takistab neid abi adekvaatselt vastu võtmast – miks peaks keegi minust hoolima?
- „*Ta ei viitsi ennast kokku võtta, tahab lihtsalt tähelepanu*” ta vajab tõesti tähelepanu, et keegi märkaks – ta ei suuda end kokku võtta, enne tuleb haigus välja ravida. Samas laps ise enamasti ei tea, et tegemist on haigusega, ei oska selleks vajalikke samme astuda. „Laisad” lapsed püüavad pigem mitte tähelepanu keskmesse jääda, et saaks rahuneda oma muude asjadega tegelda.

- „*Tal on õpitud abituse sündroom*” - see seisund võib tõesti mõnikord väliselt sarnaneda meeleoluhäirega, kuid sarnaseks on vaid initsiatiivi puudumine ja ka mõningane enesehinnangu alanemine, samas üldist meeleolu langust, elurõõmu kadumist ja endassetõmbumist täheldatakse vaid meeleoluhäire korral.

Laste normaalse emotsionaalse arengu ning vaimse tervise tagamiseks on vajalik, et neil oleks igapäevaelus võimalik rahuldada oma olulisi emotsionaalseid vajadusi:

- vajadus armastuse järele
- vajadus tunda end soovituna
- vajadus saada positiivseid elukogemusi
- vajadus kaitstuse ja turvalisuse järele
- vajadus ise avastada maailma
- vajadus juhendamise ja õpetamise järele
- vajadus pingutada ja saavutada
- vajadus piisava vabaduse järele
- vajadus olla seotud täiskasvanuga
- vajadus tunnustuse ja lugupidamise järele
- vajadus huumori järele

Seda kõike peaks tagama eelkõige kodu, kuid lasteasutus ja kool on väga olulised keskkonnategurid - seal veedab laps enamasti poole ärkveloleku ajast. Loomulikult pole iga meeleoluhäire vallandunud koolist tulenevatel põhjustel, kuid kool on koht, kus laps kogeb, kas ta on eakaaslastega võrdselt tubli. On väga tähtis, kuidas laps mõtleb koolist ja oma toimetulekust seal. Kui ta tunneb - „ma ei saa hakkama”, siis sellega kaasneb kergesti enesetaju muutus: ennast tajutakse puudulikuna ja seetõttu väärtusetuna; keskkonda – liignõudlikuna, mitterahuldavana ja oma suhet keskkonnaga – nurjumise või kaotusena, mis hõlmab ka tulevikku.

Mida saab kool teha? Kindlasti peaks töötaja, kes märkab lapse käitumise muutusi, kõigepealt uurima, kas seda on märganud ka teised sama lapsega tegelevad kolleegid. Kui jah, tuleks vestelda lapsega ning vanematega ning vajadusel

pakkuda teavet, kuhu võiks pöörduda. Sekkumiseks on vaja olla kindel, mis sorti probleemiga on tegemist. Mõnikord saab see selgeks ka vestluste käigus: mitte alati pole tegemist psüühikahäirega – võivad olla ka ajutised raskused perekonna elukorralduses, muu haigus vms. Kui aga vanemad ei soovi lapsega arsti poole pöörduda, võiks kergematel juhtudel proovida lapse koormuse reguleerimist, tugivõrgustiku kaasamist, rohkema positiivse toetuse pakkumist.

Raskematel juhtudel jõuab olukord enamasti selleni, et laps ei suuda koolitöös osaleda, võib vajada ka haiglaravi. Haiguse ägedas perioodis otsustab lapse seaduslik esindaja koos raviarstiga, kas ja millist koormust rakendada.

Õppetööle tagasi pöörduvat last on vaja toetada nii emotsionaalselt kui ka töökorralduslikult - kindlasti ei suuda ta kohe täiskoormusega töötada. Suhtel eakaaslastega tuleb silm peal hoida – sageli võib kaaslaste mõistmatus paranemist aeglustada. Tähtis on silmas pidada konfidentsiaalsuse reegleid: õpilase haigusesse ja ravisse puutuvad asjaolud, mida pere on koolile usaldanud, ei kuulu arutamisele laiemas ringis. Eakaaslaste küsimustele tuleks vastata, kuid ikka küsimuse mahus ja pigem teoreetiliselt, mitte konkreetse kaaslaste probleemidest lähtuvalt ning vastamisel tuleb arvestada väga paljusid momente, sealhulgas ka küsija enda riski meeoleuhäire tekkeks. Vajalik on vahet teha, millest on motiveeritud kaaslaste küsimused – uudishimu, kaastunne, püüd maailma mõista, võistlus positsiooni pärast grupis – ning mida sellest lähtuvalt saadud informatsiooniga võidakse peale hakata. Kaasamine grupitegevustesse on enamasti hea, kuid esialgu ei tarvitse laps ka seda suuta endises mahus ja intensiivsuses. Koostöö kodu, kooli ja ravimeeskonna vahel on oluline veel pikka aega pärast ägedate sümptomite taandumist.

Kasutatud kirjandus

- Coghill D., Bonnar S., Duke S.L., Seth S. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford University Press 2009; 233-267.
- Williams S.B., O'Connor E.A., Eder M. et al. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics, 2009; 123(4) : e716-e735 (doi:10.1542/peds.2008-2415).
- Liivamägi J., Aluoja A., Lintsi M. jt. Laste depressioonisündroomi struktuur erinevatel eaperioodidel. Üle-Eestiline teaduskonverents „Tervise Edendamine Eestis IV“ 22.-23. märts 2000, lk. 39.

Soovitav lugeda

- Laukanen E. jt. (2008). Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit
- Underwood Barnard M. (2005). Kuidas aidata depressioonis last

Stressist põhjustatud psüühikahäired lastel

Jüri Liivamägi, Ivika Pöldsepp, Kaia Kastepõld-Tõrs

Lapsed puutuvad igapäevaselt kokku stressi tekitavate stiimulitega (e.stressoritega) ning igas vanusesesineb eale omaseid hirme ja reaktsioone enesestõmbumisega ilma, et nendega kaasneks raskemaid või pikemaajalisi tervisehäireid. Stress nõuab situatsiooni kiiret analüüsi ja organismi kohanemist muutunud olukorraga, säilitades sisekeskkonna püsivat koostist ja kindlustades organismi vaimse ja kehalise tegevusvõime. Nõrgad või mõõduka tugevusega stressi põhjustavad stiimulid aktiveerivad ja treenivad indiviidi kaitsemehhanisme, luues sel viisil paremad tingimused järgnevate ebasoodsate mõjutuste kiiremaks ja edukamaks ületamiseks. Last oluliselt häirivate või vapustavate sündmuste ajal ja järel võivad need stiimulid, kui nad on erakordselt tugevad või kestavad pikka aega, ületada organismi kaitsemehhanismide võime tekkinud muutusi parandada, põhjustades äärmuslikke või pikaajalisi stressreaktsioone koos järelmõjuga lapse edasisele elukäigule. Selline negatiivse tähendusega stress ehk distress tekitab organismi mitmete süsteemide (sh ka ajusüsteemide) senises terviklikus koostöös ajutisi talitluslikke või raskematel juhtudel ka püsivamaid ehituslikke muutusi, mis avalduvad mitut laadi sümptomites.

Distress põhjustab järgnevaid psüühikahäireid:

- kohanemishäired
- äge stressreaktsioon
- posttraumaatiline stresshäire

Kohanemis- ja stresshäirete diagnoosimisel arvestatakse:

- stressori raskust (olulisus konkreetsele lapsele, mõju laad, tugevus)
- avalduvaid sümptome ja nende tugevust
- tekkinud sümptomite kestvust

Mõned psühhotraumeerivad sündmused ja olukorrad (nt lapse väärkohtlemine, lahkkelid perekonnas, õnnetused) mõjuvad lastele raskelt igas eas. Teised on stressoorse tähendusega vaid teatud eaperioodil e. easpetsiifilised – näiteks väikelapseeas ootamatu lahutamine vanemaist; koolieas õpiraskused, tõrjutus; teismeeas suhtlemis- ja enesehinnanguprobleemid jne. Psühhotraumeerivate tegurite tagajärjed sõltuvad paljudest asjaoludest - kas selleteguri toime oli ühekordne või korduv; kas psühhotraumaga kaasneb kehavigastus või mitte; kas lapsel oli teguri toimimise ajal sotsiaalne toetus või see puudus jne. Meie kultuuris on tagajärgedelt kõige raskemateks osutunud lapse kehaline väärkohtlemine, seksuaalne väärkohtlemine ja kasvamine perevägivaldalla või tõrjutuse tingimustes. Stressori mõju hindamisel lapsele on eeskätt oluline silmas pidada lapse vanust, tema psüühika küpsuse astet ja traumeerivalt mõjuva sündmuse easpetsiifilisust.

Stressihäirete sümptomid

Kohanemishäire(KH) on subjektiivne distressi seisund koos emotsionaalsete või käitumise muutustega, mis on tekkinud kohanemisperioodil seoses elukorralduse muutusega või stressoorse elusündmusega. KH algab tavaliselt ühe kuu jooksul pärast neid sündmusi ning ei kesta enamasti üle 6 kuu, v.a. pikaajalise depressiivse reaktsiooni korral, mis võib kesta kuni 2 aastat. KH tekkel on suurem osatähtsus individuaalsel tundlikkusel (temperamentitüüp, iseloomu mõnede joonte rõhutatus, ealised kriisiperioodid 3.-5.a., 6.-8.a., 12.-14.a. ja 18.-20.a.) ja stressoorsete faktorite suhtes kujunenud tundlikkusel, mille on loonud eelnevad kauemat aega kestnud psühhotraumad, peaaegu tegevust nõrgestanud kehalised haigused vm tegurid.

KH-l eristatakse alljärgnevat kliinilisi vorme.

- Emotsionaalsete häiretega kulgevad reaktsioonid: lühiajaline või pikaajaline depressiivne reaktsioon, segatüüpi ärev-depressiivne reaktsioon või mitmesuguste muude emotsionaalsete häiretega (ärevus, hirm, viha, kurbus, murelikkus) reaktsioonid. Lastel võib emotsionaalsete häirete väljenduseks olla käitumise taandareng e. regress (näiteks voodimärgamise tekkimine, pöidlaimemine jms.)
- Valdavalt käitumishäiretega (trots, agressiivsus, düssotsiaalsus) reaktsioonid
- Segatüüpi emotsionaalsete ja käitumishäiretega reaktsioonid

KH-le on iseloomulik psüühikahäire tihe ajaline seos last traumeerinud sündmusega, mis on kahjustanud peamiselt lapse sotsiaalseid suhteid (tõrjutus, kiindumise või suhete katkemine) või tema moraalsete väärtuste süsteemi (alanduse, häbi talumine). Kuigi traumeeriva sündmuse ajalpuudub otsene oht lapse enda või tema lähedaste isikute elule või raskesti kahjustada saamisele, sõltub psühhotrauma tugevus konkreetse lapse puhul lapse subjektiivsest läbielamisest, arengutasemest ja vanusest.

KH sümptomaatika imiku-, väikelapse- ja eelkoolieas võib väljenduda:

- tugevate emotsionaalsete üleelamistega seotudmuutustena (passiivsus, en-dassesulgumine või kartlikkus, nutlikkus, klammerdud käitumine)
- tõrksuse, jonni- ja raevuhoogudena, õpitud oskuste (eneseteenindus, kõne) taandarenguna
- kehaliste vaevustena (isutus, kaalulangus, kõhu- või peavalud, seedehäired, unehäired, sage nakkushaiguste põdemine)

Kooli- ja teismeeas väljendub KH päraststressoorset sündmust ilmnevate muutu-stena lapse käitumises:

- laps on närviline; nutab sageli, karjub teiste peale; lõhub enda ja teiste as-ju; käitub mõtlematult, rikub korda
- lapsel on alaväärsus- või süütunne; ta eelistab üksindust; tema „mõtted on laiali“, mõtteid on raske koondada
- laps on tavalisest muretsevam või ärevil tühiste asjade pärast; tema kurbus mingi kaotuse järel või mure enda või teiste pärast kestab liiga kaua
- laps on ülemäära kartlik või vältiv mitmesuguste hirmude tõttu
- laps on nõutu ja otsustusvõimetu, tema keskendumisvõime ja õpiedukus on langenud
- ilmnevad uinumis- ja/või unehäired, unes rääkimine või kõndimine
- võib avalduda ka riskikäitumine ja uimastite tarvitamine

Äge stressreaktsioon (ÄSR) on olulise raskus astmega mööduv seisund, mis tekib erakordselt tugeva psühhotraumeeriva kogemuse tagajärjel. Selliseks kogemuseks võib olla näiteks suur oht lapse enda või tema lähedaste inimeste elule ja/või kehalisele tervisele või järsk muutus lapse suhetesüsteemis.

Laste ÄSR-i vallandajat kirjeldatakse kui selles easlapsele väga ettenägematut või ebatavalist hirmutavat kogemust, mis lapse senist tavalist elustiili arvestades on väga ootamatu, ebatavaline ja lapsele äärmiselt stressitekitav. Lühiajalise stressori mõjul tekkinud sümptomid, eriti kui olukorda kiirelt sekkuda jalast hingeliselt toetada, peavad hakkama taanduma vähemalt 8 tunni jooksul. Kui stressori toime jätkub, peab sümptomite tugevus hakkama vähenema vähemalt 48 tunni pärast ja 3päeva pärast on need minimaalsed.

Ebasoodsate tingimuste korral võivad sümptomid püsida kuni 1kuu. ÄSR-i algperioodil võib nooremaealistel lastel väliselt avalduda eeskätt passiivne nõutu olek või sihipäratu käitumine, mitte niivõrd hirm, abitus ja õudus. Nooremaealised lapsed ei suuda sõnaliselt küllalt selgelt edasi anda neid traumeerinud sündmuse üksikasju, kuid need võivad avalduda lapse mängudes või joonistustes ning emotsionaalse seisundi ja/või käitumise muutustes. Selle üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et lastel kinnistub traumaatiline sündmus mällu ilmselt konkreetse-kaemuslikul emotsioone ja autonoomse närvisüsteemi ühendavate närviringide tasandil, mitte niivõrd tunnetuse sõnalise/mõtlemise tasandil.

ÄSR-i sümptomaatika sõltub ka lapse ealises tküpsusest ja stressori toime tugevusest, järelmõjuaga ka last kaitsvast ja toetavast või teda negatiivselt mõjutavast sotsiaalsest ümbrusest, samutilapse eelnevast kehalisest ja vaimsest tervisest.

Kliiniliste avalduste alusel eristatakse kerget, möödukat ja rasket ÄSR-i, mille väljenduseks on alljärgnevad sümptomid:

- psüühilised : oimetus-, minestustunne või rahutus, surmahirm, võimetus lõõgastuda
- kehalised : südamepekslemine, värisemine, higistamine, hingamisraskus, iiveldus, halb enesetunne, valu rinnus jms.
- teised mittespetsiifilised: kergesti ehmumine, ootamatule helile võpamine, kogetud sündmuse üha uuesti kordumise tunne (ängistusena, illusioonidena või teiste poolt meeldetuletamisel), keskendumisraskused, püsiv ärritusseisund, uinumisraskused, vältivkäitumine.

Noorematel lastel põhjustavad ägedat stressreaktsiooni esmajoones teda vahetult emotsionaalselt mõjutanud sündmused ning häire avaldub eeskätt oskuste ja käitumisviisi taandarengus (täiskasvanute suhtes klammerduv jatitalik käitumine, lahutamiskartus, pöidla imemine, püksi pissimine ja kakamine). Vanematel lastel väljendub ÄSR eeskätt närvilisuses, püsimatuses, mõtete koondamise raskustes, õpiedukuse languses, impulsiivses käitumises ja kaklemises. Kodus on nende eelistatuimaks tegevuseks katastroofi- ja õudusfilmide vaatamine.

ÄSR-i kulus võib avalduda ka sümptomaatika laienemistendents: lisandub uusi hirme sundnähte; süvenevad unehäired, depressioon, ärrituvus või käitumishäired. Mõnikord tekivad lapsel alles mõne päeva või paari nädala jooksul pärast ÄSR-i hirmud, omandamisraskused, unehäired ja vältivkäitumine teatud isikute/olukordade suhtes. Selline dünaamika viitab ÄSR-i üleminekule posttraumaatiliseks stressihäireks.

Posttraumaatilise stressihäire (PTSH) diagnostilised kriteeriumid täiskasvanuile ei ole täies vastavuses lapseas puhkenud PTSH diagnoosikriteeriumidega. Laste seisundi hindamisel on sobilikumad nn. alternatiivsed kriteeriumid, milles sümptomid on jagatud järgmistesse gruppidesse:

A. Last on mõjutanud traumaatiline sündmus (vt eespool ÄSR-i trauma määratlused).

B. Traumeerinud sündmust elatakse korduvalt uuesti läbi (sundettekujutused toimunud, „traumaatiline mäng“, psüühiline häiritus traumad meenutavate stiimulitega kokkupuutel). Seksuaalselt väärkoheldud lastel võivad ilmneda seksuaalteemalised mängud, joonistused ja käitumisviis; eakaaslaste ees oma seksuaalsete teadmistegakelkimine.

C. Püsiv püüd vältida traumad meenutavaid asjaolusid, üldise reageerimise tuimenemine.

D. Püsivalt avalduvad ülierksuse sümptomid (püsimatus, ärrituvus; lõhkuv, hävitav, pahandusttekitav käitumine; tähelepanuhäired; suurenenud ehmumisvalmidus; uinumis- ja/või unehäired), raskused igapäevatoimingutes.

E. Lahutamiskartuse või uute hirmude teke ja laienemine.

On täheldatud, et traumeeriva sündmuse taaskordumise tunne on haiguspildis esiletulevam algul ning nõrgeneb aegamööda, kuid vältimis-tundlikuks muutumise sümptomid PTSH kujunemisel esialgu isegi suurenevad.

Tabel 1. PTSH tekke riski suurendavad ja vähendavad tegurid (Perry B.D. 1999).

PTSH tekke riski suurendavad tegurid	Sündmused	Individuaalsed iseärasused	Perekond ja sotsiaalne ümbrus
ÄSR-i suur intensiivsus või pikk kestus	Ühekorraga mitu või korduvad psühhotraumad (nt perevägivald, lapse kehaline karistamine)	Naissugu	Trauma otseselt mõjutab last või ta tugisikut
	Lapse kehaline vigastada saamine	Vanus (nooremad on tundlikumad)	Lähedase isiku suur hirm/ärevus
	Tugisiku (ema) vigastada saamine või surm	Sündmuse subjektiivne tunnetamine	Enda probleemidega hõivatud perekond
	Tükeldatud/moonutatud surnukeha, korjuse nägemine	Varasemate traumade olemasolu	Füüsiline eraldatus
	Purustatud/põlenud kodu või kooli nägemine	Kultuuriliste või religioossete toetuse puudumine	Viibimine internaadis, sugulaste hooldusel jne
	Mingi katastroofi pealtnägmine/üleelamine	Puudulik suhtlemisoskus, isoleeritus	Tugisiku, heade sõprade puudumine
	Trauma tekitaja on pereliige	Madal IQ; eelnevate psüühikahäirete olemasolu	
PTSH tekke riski vähendavad tegurid. ÄSR-i nõrgem intensiivsus või lühem kestus	Üksaainus traumeeriv sündmus	Olukorra mõistetavus lapsele	Perekonna ja üldsuse kindel toetus lapsele
	Traumeeriv sündmus oli lühiajaline	Hea kohanemisvõimega laps	Traumatiseerimata paanikata tugisik
	Sündmus ei viinud perekonna struktuuri muutumisele	Laps oli ette valmistatud traumeerivaks sündmuseks	Tugisik oli ette valmistatud traumeerivaks sündmuseks
	Stressi põhjustaja oli võõras	Kohene traumajärgne abi ja sekkumine Kindlad kultuuriliste ja religioossete vaadete süsteem	Kindlad usalduslikud suhted perekonnas Vanemate head kasvatusoskused

Reaktsioon mingile psühhotraumale võib kesta mõnikümmend minutit või mõne päeva (nagu ÄSR-i puhul), vahel aga kuid ja isegi aastaid (PTSH), läbides teatud perioodid. Iga kriisireaktsioonikulus võib eristada nelja perioodi.

1. Šokiperiood (psühhomotoorse pidurduse või rahutuse-rabelemisega).
2. Reaktsiooniperiood - kestab mõnest nädalast mõne kuuni (korduvad sundkujutlused koos vegetatiivseaktiivsiooni, hirmude, unehäirete, kognitiivse tegevuse raskustega).
3. Käsitlusperiood, mil elamuste intensiivsus nõrgeneb, kohanemisvõime paraneb.
4. Ümberorienteerumise periood - traumeeriv sündmus ei unune, kuid tema päevakohasus taandub, taastub endine elukorraldus ja kohanemisvõime.

Lastel on PTSH raskemini taanduv kui täiskasvanuil, pannes alusepsüühikahäirete (depressioon, ärevus- ja sundhäired, somatoformsed häired, isiksusehäired, uimastite kuritarvitamine) kujunemise kalduvusele hilisemas eas.

Kui lapsel pärast traumeerivat sündmust ilmnevad emotsionaalse ja/või kehalise seisundi ning käitumisemuutused, tuleks pöörduda arsti jt spetsialistide poole abi saamiseks. Stresshäirete ravis kasutatakse psühhoteeraapiat, keskkonna kohan-damist ja mõnikord ka ravimeid.

Psühhoteeraapia

Ravi planeerimisel arvestatakse lapse arengutaset, tema käesolevaid raskusi, lapse (ja perekonna) varasemat tomimist ja olemasolevaid ressursse ning traumaatiliste sündmuste toimumise aega. Vahetult peale traumaatilist sündmust on esmatäh-tis reageerida kõige baasilisematele vajadustele, milleks on füüsilise turvalis-use ja ohutuse tagamine ning kontakt pereliikmetega või teiste usaldusväärsete täiskasvanutega. Sageli vajab laps või pere ka lühiajalist psühholoogilist toetust. Vahetul traumajärgsel perioodil on psühholoogilise abi eesmärgiks vähendada ägedat distressi ning toetada paranemist. Sündmuse järgne psühholoogiline abi võib olla intensiivne, lühiajaline ning psühhohariduslikku laadi. Selle käigus selg-itatakse traumeeriva sündmusega seotud fakte, hinnatakse ja normaliseeritakse lapse ning pereliikmete esmaseid reaktsioone, julgustatakse tunnete väljendamist, õpetatakse probleemilahendusoskusi ja otsustatakse edasise psühholoogilise toe-tuse ja ravi vajaduse üle. Kuna vanematel ja perekonnal on väga oluline roll lapse edasises toimetulekus, siis kaasatakse üldjuhul lapse vanemad või hooldajad. Perel aidatakse mõista eeldatavaid, normaalseid reaktsioone, kasutada olemasolevaid toimetulekuressursse ning ära tunda riskifaktoreid lapse kestvate sümptomite suhtes. Peaaegu kõik lapsed, kes puutuvad kokku traumaatiliste sündmustega, ko-gevad vahetult peale seda ägedat stressi ning sageli mingeid muutusi käitumis-

es ja emotsionaalses seisundis. Enamus neist sümptomitest on lühiajalised ja aja jooksul lapse varasem toimimine taastub pere ning usaldusväärsete täiskasvanute abiga. Hästitoimiv pere on kui puhver: laps tavaliselt räägib vanematele endaga toimunud ebameeldivatest sündmustest, saab lohutust, tal aidatakse juhtunut mõista ning vanemad pingutavad selle nimel, et laps paraneks. Ideaaljuhul võimaldab pere lapsele ohutut ja arenguliselt sobivat paranemise keskkonda, vähendades edasist kokkupuudet stressoritega, taastuues normaalse elurütmi ja rollid ning aktiveerides perevälist toetust. Toetavas sotsiaalses keskkonnas ja tervete suhete puhul on lapse toimetulek traumaga parem, kuid vahel on vanemad ja pereliikmed ise samadest sündmustest traumeeritud ning nende reaktsioonid omakorda mõjutavad lapse reaktsioone. Tähtis on aidata vanemaid laste toetamisel, eriti kui vanemad ise on olnud otseselt juhtunuga seotud. Esile võivad kerkida ka mitmed praktilised küsimused, mistõttu on vajalik erinevate valdkondade spetsialistide koostöö, et tagada lapsele turvaline ja ohutu keskkond niipalju kui võimalik. Edasise ravi vajalikkus sõltub sümptomite püsimisest ning pere võimest last toetada.

Traumale keskendunud psühhoteraapia üldised eesmärgid on aidata lapsel mõista trauma olemust ja mõju, toetada tema võimet mõelda ja rääkida sündmusest ilma ülemäärase ärevuseta ning vähendada pealetükkivate, vältivate ja ülirutuse sümptomite tugevust ja sagedust. Eesmärkide tähtsust hinnatakse koos lapse ja vanemaga ning käsitletakse eelkõige neid sümptomeid, mis mõjutavad lapse igapäevast toimimist kõige tõsisemalt. Kui lapsega pöörduakse kuid või isegi aastaid peale traumeerivat sündmust, aitavad andmed lapse traumaeeelse elukäigu kohta mõista lapse tavalisi reaktsioone stressile ja hinnata, kuidas käesolev sümptomaatika on seotud traumaatilise sündmusega. Ravilähenedamine on erinev sõltuvalt ka sellest, kas tegu on üksiku traumaatilise sündmusega, näiteks autoõnnetusega, rünnaku tunnistajaks olemisega või kauemat aega kestnud traumaga, näiteks pideva väärkohtlemisega aastate jooksul. Üksikule sündmusele järgnevaid sümptomeid on sageli vähem ning nad on ravile paremini alluvad kui pikemat aega kestnud traumaga seotud sümptomid. Eriti haavatavad traumaatiliste kogemuste negatiivsete mõjude suhtes on lapsed, kelle elukeskkond on pidevalt traumeeriv ja lapsel pole psühhotraumeerivate sündmuste vahel aega paraneda.

Arvestades laste reaktsioonide varieeruvust kriitilistele sündmustele, on psühhoteraapilised lähenemised paindlikud. Keskendutakse kõige probleemsematele valdkondadele, eesmärgiga arendada ja toetada lapse toimetulekule suunatud tegevuskava, suurendada tema kontrolli- ja enesetõhususe tunnet ning vähendada abituse ja ohvriks olemise tundeid. Erinevatele ravimeetodite tuumaks on kujutluslik kokkupuude sündmusega ja selle sisule vastav emotsionaalne läbitöötamine.

Paljude laste jaoks on traumaatilise sündmusest otse rääkimine liiga raske ning tuleb leida teisi vahendeid traumaatilistele mälestustele lähenemiseks. Eelkõige väiksemate laste ravis, kes ei ole võimelised traumas sõnaliselt käsitlema, kasutatakse sageli mängu, joonistusi või dramatiseeringut. Kuigi laste joonistused ja mäng on väga informatiivsed, kasutatakse teraapias neid eelkõige suhtlemisvahendina, mitte hindamisvahendina. Lapsed edastavad joonistustes ja mängus traumaatilise mälestuse erinevaid elemente ning sellega kaasnevaid emotsioone, nende abil käsitletakse traumaatilist kogemust. Suunatud mängu puhul antakse lapsele vahendeid ja nukkusid, mis esindavad traumaatilise sündmuse erinevaid komponente. Vabas mängus valib laps ise mänguvahendid ja teemad ning väljendab eelkõige neid aspekte oma kogemusest, mis tema jaoks hetkel aktuaalsed on.

PTSH kognitiiv-käitumuslikus ravis kasutatakse traumaga seotud stiimulite esitamist kujutluses või reaalses elus, ärevusega toimetuleku tehnikaid, traumaga seotud valede või moonutatud mõtete parandamist ning selgitusi häire kujunemisest.

EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*) on PTSH sümptomite vähendamiseks loodud psühhoteraapeutiline lähenemine. See põhineb kohandumuslikul infotöötlusteoorial, mille kohaselt sümptomid kerkivad väärkohastumuslikult talletatud mälestustest, mis sisaldavad mõtteid, uskumusi, emotsioone, kehalisi aistinguid ning meelelisi kogemusi, mis talletati traumaatilise sündmuse ajal. EMDR tehnikate rakendamisel sekkutakse sellesse infosüsteemi, aktiveerides traumaatilist talletunud infot ning aidatakse leida kohastumuslikku lahendust selle läbitöötamise kaudu. Trauma läbitöötamise protsessis käsitletakse emotsionaalselt häirivat materjali lühikestes järjestikustes annustes, keskendudes ühelt poolt traumaatilise sündmusega seotud uskumustele, emotsioonidele ja kehalistele aistingutele ning samaaegselt ka välisele stiimulile. Kõige sagedamini kasutatavaks väliseks stiimuliks on terapeudi suunamisel sooritatud kahekülgsed silmaliigutused, kuid lastega kasutatakse ka käepuudutusi ja kahekülgsed helistimulatsiooni.

Traumeeritud laste ravis kasutatakse lisaks individuaalteraapiale ja pere nõustamisele ka grupiteraapiat. See võimaldab vähendada lapse võõrandumise tunnet eakaaslastest ning saada positiivset sotsialiseerumise kogemust. Sellises toetusgrupis on tavaliselt 6-8 last ning keskendutakse traumaga seotud kogemuste ja tunnete jagamisele, reaktsioonide normaliseerimisele ning kontrolli ja toimetulekutunde toetamisele.

Edukas ravi nõuab sageli lisaks psühhoteraapeutiliste võtete kasutamisele ka füsioloogilisedüsregulatsioonimõjutamist ravimitega. Ülierutusesümptomid võivad

viia mitmete omavahel seotud probleemide lisandumiseni, näiteks õppeedukuse ja enesehinnangu alanemiseni, ebatõhusate probleemilahenduseviisideni, probleemideni suhetes. Tagajärjeks on raskesti katkestatav nõiaring, kuna füsioloogiline ülireaktiivsus kahjustab ärevuse taseme muutmise, õppimisele keskendumise ja impulsiivse käitumisevältimise võimet .

Ravimite kasutamine

Laste stresshäirete ravis kasutatakse häirivate sümptomite muutmiseks psüühikat mõjutavaid ravimeid juhul, kui distress pärast traumat on väga intensiivne või kliinilises pildis ilmneb sümptomitelaienemistendents. Šoki- ja reaktsiooniperioodil kasutatakse lühikest aega (1-2 nädalat) rahusteid, kuid negatiivne on nende uimasus- väsimustunnet tekitav, mõnikord aga euforiseeriv toime. PTSH kui pikemaajalist ravi vajava seisundi korral eelistatakse enamasti antidepressante. Antidepressantidel on leitud positiivset mõju aju infotöötlusele ning õppimisvõimele, samuti normaliseerivat mõju PTSH põhilistele sümptomitele (teatud stiimulite vältimine, hirmud, dissotsiatsiooni avaldused, kehalised häired). Antidepressantravi algul tuleb tähelepanelik olla enesetapumõtete ja -katsete suhtes. Mõnikord on stressihäirete ravis näidustatud meeleolu tasakaalustavad (tümestabiliseerivad) ravimid, mille hulka kuuluvad krambivastased ravimid. Tugeva psühhomotoorse rahutuse, agressiivsuse, sagedate sundmeenutuste või psühhootiliste sümptomite raviks kasutatakse psühhoosiravimeid (neuroleptikume).

Kooli ja õpetaja võimalused lapse toetamisel

Kool (ja lasteaed) on traumeeritud lapse elus tähtis püsivust ja järjekindlust esindav tugisüsteem, kuna laps veedab suurema osa ajast koolis või lasteaias, kus on olulised grupistruktuurid ning õpetajad omavad häid kogemusi ja väljaõpet tööks lastega. Mõnikord on õpetaja kõige teadlikum lapse valust. Ta näeb lapse kurbust, õpiraskusi, väsinud olekut, raskusi sotsiaalses suhtluses. Järgnevalt on mõned nõuanded õpetajatele.

Olge kannatlikud lapse probleemide suhtes. Kõik traumeeritud lapsed ilmutavad ägedas traumajärgses perioodis mingil määral trauma taaskogemise märke (nt mängus, joonistustes), vältimise ilminguid (nt eemaletõmbumine, unistamine, teiste laste vältimine), ülireaktiivsuse ilminguid (nt ärevus, uneprobleemid, ärrituvus, impulsiivsus) ja teisi ohumärke, näiteks kooliedukuse langus vms. Paljud lapsed ilmutavad neid sümptomeid ka aastaid peale traumaatilist sündmust, eriti kui neil on olnud kokkupuude mingi meenutajaga sündmusest, kas siis oma

mõtetes või reaalses kogemuses. Teadmine laste stressiseisunditest aitab õpetajal paremini mõista traumeeritud lapse reageerimisviise, infotöötlust ja õppimise eripära. Traumeeritud laps on enamasti seisundis, kus hirmu vallandumise lävi on väga madal, ta reageerib kas ülirutusega või dissotsiatiivse kohanemisreaktsiooniga ning tema emotsionaalne, käitumuslik ja kognitiivne toimimine peegeldab seda seisundit. Kui traumeeritud laps on alarmseisundis (nt sellepärast, et ta mõtleb psühhotraumeerivast sündmusest), on ta vähem võimeline keskenduma, ta on ärevam ning pöörab enam tähelepanu mitteverbaalsetele märkidele nagu hääletoon, kehapoosid ja näoilmed. Mida enam tunneb laps end ohustatuna, seda „lihtsakoelisemaks“ (või taaandarenenuks) muutub tema mõtlemisstiil ja käitumine. Vahetult peale juhtunut pole laps eriti võimeline töötleva keerukat ja abstraktset informatsiooni. Korrake sama infot ikka ja jälle. Aja jooksul, kui sündmusest on teatav ajaline ja emotsionaalne vahemaa, on laps võimeline kauem keskenduma, vastu võtma ja töötleva infot.

Võimaldage püsivat, etteennustatavat päevakava. Enamusele lastest on traumaatiline sündmus uus ja hirmutav kogemus, mis võib märkimisväärselt mõjutada nende arusaama maailma toimimisest. Lapse uskumused stabiilsusest ja ohutusest saavad kõigutatud, mistõttu iga järgnev tundmatu kogemus või muutus võib tekitada segadust ja hirmu. Hoolitsege selle eest, et lapsel oleks kindel päevakava ja et ta teaks seda, näiteks püsivad söögiajad, kooliaeg, kodutööd, mänguaeg, puhkamise aeg jms. Kui päevakavas on muutusi, näiteks uusi tegevusi, öelge ja selgitage seda lapsele eelnevalt. Traumeeritud laps on tundlik kontrolli suhtes, talle on tähtis, et ümbritsevad täiskasvanud omavad kontrolli keskkonna üle. Niipea kui võimalik, peaks püüdma jätkata endist elurütmi - see annab lapsele tunde, et elu läheb edasi, on taas kontrolli all.

Andke lapsele valikuid ja kontrollitunnet. Püüdke vältida situatsioone, milles traumeeritud laps omab vähevalikuid või kontrolli. Kui lapsele antakse mingi valik või teatud kontrolli element täiskasvanugasuhtlemises või tegevuses, tunneb ta end turvalisemalt ning on võimeline küpsemal viisil mõtlema jakäituma. Kui lapsel on raskusi kuuletumisega, sõnastage tagajärg tema jaoks valikuna, see annab lapsele kontrollitunde ning aitab vähendada emotsionaalset pinget.

Arutage lapsega ootusi tema käitumisele ja distsipliiniga seotud küsimusi. Hoolitsege selle eest, et reeglid ja tagajärjed nende rikkumise eest oleksid selged ja lapsele mõistetavad. Olge tagajärgede rakendamisel järjekindel, kuid paindlik. Sobiva käitumise puhul kasutage positiivset kinnitamist.

Andke lapsele eakohast infot ning rääkige traumaatilisest sündmusest, kaotusest või surmast avatult ja ausalt. Lapsele peaks rääkima tõtt, isegi kui see on emotsionaalselt raske. Ausus ja avatus aitab luua usaldust. Lapsed ei saa kasu „ära sellest mõtle“ või „viska see peast välja“ suhtumisest. Mida enam laps teab, kuidas täiskasvanute maailm toimib, seda kergem on tal juhtunud mõista. Etteennustatus ja tundmatus tugevdavad traumeeritud lapse sümptomeid – laps muutub ärevamaks, kartlikumaks, impulsiivsemaks, tujukamaks. Tegelikku infot omamata kalduvad lapsed asju välja mõtlema ja täitma tühje kohti, et lugu täielikuks teha või seda selgitada. Enamusel juhtudel on lapse hirmud ja fantaasiad hirmutamad ning häirivad kui tõde. Parandage last, kui ta on millestki valesi aru saanud või kui ta usub mingit valet, näiteks, et õnnetus oli tema süü. Lapse kuulamine, tema küsimustele vastamine, talle toe ja lohutuse pakkumine ilma ülereageerimata või teemat vältimata aitab tal paremini toime tulla. Laps ei räägi teda vaevatest mõtetest, kui ta tajub, et teisi see ärritab või hirmutab. Samas ei tohiks last sundida rääkima ega tuua teemat vägisi esile, eirates tema valmisolekut sellega toime tulla. Kuid kui laps toob ise teema esile või tõenäoliselt mõtleb sellest, ei tohiks arutelu vältida. Traumaatilisest kogemusest rääkimine mõjub leevendavalt, aitab väljendada tundeid, panna mõtetes kokku sündmuse erinevaid elemente ning luua kogemusele sõnalist raamistikku. Julgustage last rääkima tunnetest, mis tal seoses sündmuse või kaotusega on, kuid laske tal otsustada, kuna, kui kaua ja kui palju seda arutada.

Olge teadlik, et lapsed ei reageeri traumaatilistele sündmustele ühtemoodi. Mõnedel lastel pole selgelt väljenduval muutusi mõtlemises, tunnetes või käitumises või ilmnevad sümptomid pikka aega hiljem, mistõttu on raske luua seost sümptomite ja traumaatiliste sündmuste vahel. Lapsel võib kuluda mitmeid valesid realsuse kogemise hetki, et juhtunud mõista ning tema vahepealne toimetulekuviis võib olla segadusse ajav. Mida teadlikum olete, seda kergem on last mõista ning pakkuda talle tuge ja juhendamist. Samas ei tohiks lapse igat stressireaktsiooni kohe haiguslikuks pidada ega eeldada, et traumeerivate sündmustega kokkupuutumine viib vältimatult pikaajalisele psühholoogilisele kahjustusele.

Küsimuste tekkimisel pidage nõu kolleegidega või pöörduge lastepsühhiaatri või -psühholoogi poole. Õpetajalt oodatakse avatust, mõistvust ja taktitundelisust lapse probleemide osas ning arvestamist tema ajutiste õppimisprobleemidega ning seda üksi kanda võib olla üsna koormav ülesanne.

Kasutatud ja soovitatavad infoallikad

- Liivamägi J. (2011). Laste ja noorukite rasked stresshäired. Medicina
- Dyregrov, A. (1999). Lapse lein. Gummerus Kirjapaino OY, Jyväskylä
- Perry B.D. Stress, trauma and post-traumatic stress disorder in children. Child Trauma Academy. Interdisciplinary Education Series 1999; 2(5).

Söömishäired lastel ja noorukitel

Meeri Pennar, Taavi Hallik, Ingrid Vachtel, Eveli Mesikäpp

Söömishäirete keskmeks on kehakaalu ja-kuju ülemäärane väärtustamine ning sellega seotud tugev hirm kaalu tõusu ees, mistõttu tehakse äärmuslikke katseid kaalutõusu vältida. Peamisteks söömishäireteks on anoreksia nervosa ja buliimia nervosa.

Söömishäire tekkepõhjustest ja kujunemisest

Söömishäire avaldub tavaliselt esmalt lapse- või noorukieas. Kuna lapse- ja noorukieas leiavad aset kriitilised muutused neuraalses, füüsilises ja psühholoogilises küpsemises, siis on alatoitumine ning sellega seotud meditsiinilised kaugtagajärjed eriti rängad. Söömishäired arvatakse kujunevat geneetiliste, bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalkultuuriliste faktorite vastastikmõju tulemusena. Ükski faktor omaette ei ole vajalik ega piisav söömishäire tekkeks. Suurem tõenäosus anorexia nervosasse haigestuda on inimesel, kellel esinevad psühholoogilistest tunnustest täiuslikkuseiha, vältivus ja paindumatus. Puberteedieas tütarlaste östrogeenide taseme tõus mõjutab aju virgatsainete taset, mis omakorda mõjutavad toitumist, emotsionaalsust ja käitumist. Suurenenud aktiivsus mõnedes aju piirkondades, mis arenevad suuresti puberteedi ajal ja pärast seda, võib vallandada ülemäärase muretsemise, täiuslikkuseiha ja sellised tegevuskavad kaugemate eesmärkide saavutamisel, mis on omased anorexia nervosasse haigestunutele. Stress ja/või sotsiaalkultuuriline surve võib haigestumisele samuti kaasa aidata, võimendades isiksusele omast ärevusele ja sundkäitumisele kaldumist. Anorexia nervosaga patsientidel on toitumise piiramisel ärevust vähendav toime, mille tulemusel sisenetakse suletud ringi, kus söömine tõstab ärevust ja toidust keeldumine vähendab seda. Kirjeldatud suletud ring võib olla põhjuseks, miks osal haigetest jääb haigus krooniliselt kestma ning ka paranemise korral säilib dieedipidamine.

Söömishäirete **kognitiivsete teooriate** järgi on söömishäirete püsimise põhjuseks mitte ainult range dieet, vaid tunnetuslikud moonutused ja hoiakud oma kehakaalu ning -kuju suhtes, eneseväärtustamine läbi nende, dieeti alalhoidvad

tervise taastumist mitte toetavad (ebafunktsionaalsed) **mõtted ja veendumused**. Tüüpilised näited moonutuste kohta on: mida vähem ma kaalun, seda väärtuslikum inimene ma olen; rasva söömine teeb paksuks; ma pean täpselt teadma, kui palju kaloreid ma süön, muidu ma ei suuda oma kaalu kontrollida; kõik vaatavad, milline paks ma olen; ma ei ela seda üle, kui veel juurde võtan; kui ma süön kommi, siis muutub see kohe rasvaks minu tagumikul; ma tunnen, kuidas ma pärast söömist paksemaks lähen ja maad ligi vajun.

Söömishäirele iseloomulik äärmuslik käitumine on justkui püüe leevendada hingevalu, kuigi sümptomitega hoopis võimendatakse halba enesetunnet ning käitumine -näiteks äärmustesse kalduv toidu piiramine või hoopis ülesöömine ning seejärel toidu väljutamine - hoiab häiret alal. Tugev enesedistsipliin ja -kontroll võivad tegevustes omandada sundtegevuse ilme - joostakse iga ilmaga, varavalges, öösel pimedas; jõusaalitreeningud kestavad mitmeid tunde; koolitükke kirjutatakse korduvalt ümber jms. Esineda võib karistuse eesmärgi teenivat ennasthävivat käitumist, kuna ei suudeta täiuslikkuse eeskujuga järgi elada. Söömishäirest põhjustatud füsioloogilised kahjustused väljenduvad nii muutunud käitumises kui ka psüühilises tegevuses. Nii on varasemalt hea ja sõbralik laps muutunud söömishäire ilmnemisel äkki pahuraks, nõudlikuks, eemalehoidvaks ja kriitiliseks. Käitumisele avaldab mõju ka suurenenud ärevus, mis häirib mõtlemisvõimet nii, et erinevaid erapooletuid ilminguid tajutakse ohtlike ja ähvardavatena. Pikaajaline nälgimine ja suurenenud ärevus viivad keskkonnast tulevate signaalide moonutamiseni. Nii võivad positiivsed ja erapooletud sõnumid, näitkes "Sa näed parem välja", lapse peas saada negatiivse tähenduse - "Ma olen paks."

Söömishäire tagajärjel halveneb nii vaimne kui kehaline seisund. Kognitiivsete võimete (nt keskendumisvõime, abstraherimisvõime) langusele vaatamata püüavad söömishäirega õpilased üha enam õppida, mistõttu õppeedukus võib langeda alles väga raskes seisundis olles. Õppeedukuse langust põhjustavad nii kognitiivsete võimete langus kui ka liigne keskendumine saavutusele. Saavutustele orienteeritud söömishäirega õpilastele on eeskätt oluline näida edukad, mitte omada teadmisi. Nad muretsevad rohkem hindamise ja tunnustamise kui et õpitu pärast.

Eesmärk on olla nii positiivne kui vähegi võimalik, demonstreerida paremat pädevust kui teistel ja võistelda nii kaua, kuni parim hinne on saavutatud. Kaasneb paindumatu käitumine (nt koolitüki korduv ümberkirjutamine).

Söömishäiretele on iseloomulikuks kaasuvad probleemid peresuhetes. Häire esin-

emine tuleb vanematele, kelle hinnagul oli laps varasemalt justkui „täiuslik“ probleemivaba mudellaps, sageli üllatusena. Vanemate hoiak paneb last omakorda pingutama, et olla jätkuvalt eeskujulik ning meelepärane oma vanematele. Perekonnas avalduvad hirm, enesesüüdistused, raskused probleemiga toimetulekul ning ka lapse süütunne vanemate muretsemise tõttu. Vanusest sõltuvalt võivad lapse tunded olla vastuolulised. Väiksematel lastel võib tekkida tõrges-trotslik käitumine - vanematele ei taheta kuuletuta, reegleid eiratakse. Vanemad tunnevad end sageli halbade, ebaõnnestunutena; kardetakse, et laps kaotab oma positsiooni nii õpetajate kui eakaaslaste silmis. Teisalt võidakse hirmu tunda, et haiguse tõttu saavad avalikuks pere muud saladused. Lisaks peresisestele probleemide kaasnevad söömishäirega sageli muutused sõprussuhetes - sõpradest hoitakse eemale, lähisuhteid hakatakse pelgama.

Söömishäire esinemise sagedusest ning kaashaigestumisest

Laste söömishäirete esinemissageduse kohta Eestis epidemioloogilised andmed puuduvad. Epidemioloogiline uuring Ameerika populatsioonis näitas anorexia nervosa levimust 9–18-aastaste tütarlaste vanusegrupis 1,7% ning samas eagrupid poistel 0,3%; bulimia nervosa levimus 9–18aastastel tütarlastel oli 0,3% ja poistel 0,2% .

Soomes leiti ¾-l anorexia nervosat põdevate noorukite seast kaasuv psühhikahäire. Kõige enam esines depressiooni, ärevushäireid, obsessiiv-kompulsiivset häiret ning anankastse isiksushäire tunnuseid. Bulimia nervosa korral esines lisaks meeleolu- ja ärevushäirele sagedamini impulsiivset ning piirialast tüüpi ebastabiilse ja sõltuva isiksushäire tunnuseid ning uimastite kuritarvitamist. Väljutavat tüüpi söömishäire korral on enam leitud enda vastu suunatud agressiivset käitumist ja enesetapukatseid . Piiravat tüüpi anorexia nervosa korral tavapärasest suuremat alkoholi kuritarvitamist ega sõltuvust ei leitud. Ameerikas esines aktiivsus-tähelepanuhäire diagnoosiga tüdrukute seas söömishäiret 3,6 korda enam võrreldes kontrollgrupiga.

Seksuaalset väärkohtlemist on kirjeldatud 20 - 50%-l *bulimia nervosa* ja *anorexia nervosa* juhtudest. Seksuaalset väärkohtlemist lapseas on sagedamini kirjeldatud söömishäiretega naiste kui tervete populatsioonis ning neil patsientidel on suurem võimalus kaasuvate psühhikahäirete kujunemiseks.

Soomes anorexia nervosaga noorukite seas läbi viidud kahe uuringu andmetel oli 42–44%-l luutihedus langenud (osteopeenia) erineval määral ning osteopeenia aste oli vastastikusel seoses menstruatsiooni puudumise (amenorröa) kestusega.

Söömishäirega poisid satuvad ravile harvem ning nende kehalised tuisistused on üldjuhul raskemad. Anorexia nervosat põdevatel poistel esineb enamikel juhtudel pikkuskasvu vähenemine. Söömishäirega poisid kasutavad sagedamini hormone (näit. anaboolseid steroide) ja toidulisandeid eesmärgiga langetada kehakaalu ning samas suurendada lihasmassi. Tuleb märkida, et anaboolsete steroidide tarvitamine raskendab söömishäire diagnoosimist, kuna diagnoosi kriteeriumid ei täitu.

Söömishäirete tunnused

Anoreksia nervosa peamiseks ohumärgiks on söömist piirav käitumine. Süüakse tavalisest vähem (600-1000kcal/päevas), sealhulgas esineb nn lubatud ja keelatud toite; eelkõige eelistatakse madala kaloraažiga toite ja väikeseid portsjone. Iseloomulikud on ärevuse vähendamiseks kasutatavad toiduga seotud rituaalsed käitumisviisid, näiteks aeglane söömine, toiduportsjonite kaalumine, kalorete lugemine, toidu tükeldamine. Esineda võib suurenenud vedeliku tarbimist, toidu peitmist või ära viskamist. Eelistatult süüakse üksinda, kuid harvemal juhul otsitakse võimalust süüa koos teistega, et viia mõtteid eemale anorksiaga seotud hirmudest. Toidu piiramise kõrval suurendatakse ülemääraselt füüsilist aktiivsust, kaalutakse end sageli, kantakse avaraid rõivaid kõhnuse varjamiseks. Samas on ka neid noori, kes soovivad oma kõhna keha eksponeerida kandes eriti nappe või liibuvaid rõivaid.

Kaalu ja toiduga seotud mõtted saavad valitsevateks, mistõttu võidakse toitu ahnelt kokku osta, retsepte koguda ja teistele meeledi toitu valmistada. Mida enam kaal langeb, seda enam tekib endale reeglite ja keeldude seadmisena väljenduvaid sundmõtteid. Näiteks kalorikogused, mida ei tohi ületada; reegel, et teistest tuleb alati vähem süüa; restoranis söömise vältimine jne. Nälgimise tagajärjel muutub mõtlemisvõime paindumatuks - laps jääb kangekaelselt enda seisukohtade juurde, kaob võime mõista teiste seisukohti ja nendega arvestada.

Buliimia nervosat iseloomustab püüd toitumist piirata, mis vallandab vastupandamatu söömistungi ning kontrolli kaotuse söödava toidukoguste üle. Söömistungile järele andmine on seotud tugeva kahetsuse ja süütundega, millega toimetulemiseks võidakse kasutada äärmuslikku väljutavat käitumist (nt oksendamise esile kutsumist, lahtistite kuritarvitamist jne). Kui söömist piirates tarbitakse peamiselt kalorivaeseid toite, siis söömishoogude ajal tarbitakse väga suurtes kogustes valdavalt süsivesikuid ja rasvu (korruga keskmiselt 2000-3000 kcal). Söömishoogude vallandajaks on sageli negatiivsed emotsioonid nagu ärevus, pingetunne, masendus, tüdimus ja väsimus. Vahelduvad dieedi-

ja ülesöömisperioodid põhjustavad küll kehakaalu kõikumist, kuid enamikel juhtudel püsib see normaalkaalu piires. Söömishoogusid ja väljutavat käitumist püütakse teiste eest varjata kui midagi häbiväärset ning taunitavat. Iseloomulik on pidev mõtete keerlemine toitu ja toiduga seotud teemade ümber. Raskendatud on võime oma impulsse kontrollida, mis võib ilmnedagi nii meeoleolu suurtes kõikumistes, raevupursetes kui ka heitlikes suhetes. Mitmed buliimia tunnused on teiseseks psühholoogiliseks reaktsiooniks söömise üle kontrolli kaotamisele, eriti just depressiivsed ja ärevussümptomid, sotsiaalne eraldatus ja häiritud keskendumisvõime.

Söömishäire äratundmiseks on oluline märgata ja pöörata tähelepanu muutustele meeoleolus (ärrituvus, pahurus, meeoleolu langus, ärevus jne), käitumises (suured riided; peale sööki wc-s käimine; ülemäärane füüsiline aktiivsus; väga aeglane või kiire söömine; pidev põhjendamine, miks ei saa süüa jne), sotsiaalses elus (eemale hoidmine, huvide vähenemine) ning ka füüsilises välimuses (kaalu langus, tõus või kõikumine; juuste, küünte või naha muutused jne).

Sagedasemad kaebused söömishäire korral

Anorexia nervosa: menstruaatsioonipeetus e. amenorröa, närvilisus, depressioon, suurenenud väsimus, nõrkus, peavalu, pearinglus, valu rinnus, kõhukinnisus, kõhuvalu, raskustunne süües, sage urineerimine, kuiv nahk, külmatalumatus, alaseljavalu, täiskasvanutel ka viljatus

Bulimia nervosa: ebaregulaarne menstruaatsioon, südamepekslemine, kõrvetised, mittespetsiifiline kõhuvalu, kõhu puhitus, loidus, väsimus, peavalu, kõhukinnisus või -lahtisus, käte/jalgade turse, sage suuõõne soor, hammaste liigtundlikkus, depressioon, paisunud põsed

Sagedasemad kehalised sümptomid

Anorexia nervosa: kõhnumine, kehatemperatuuri langus, aeglustunud südame töö, vererõhulangus, soole peristalika vähenemine, naha kuivus, lamatised, hõrenenud ja rabedad juuksed, rabedad küüned, kollakas nahk, sinakad ja külmad labakäed ning labajalad, tursed silmade ümber ja pahkluu piirkonnas, kahin südamele

Bulimia nervosa: süljenäärmete suurenemine, hambaemaili kahjustused, hambakaaries, hambaümbruse põletik, täppverealumid näol, suunurkade punetus ja lõhed, haavandid suuõõnes, veriokse, turse silmade ümber ja pahkluu piirkonnas, kõhupuhitus, südame rütmihäired

Levinud **eksiarvamused** söömishäirete kohta

„Söömishäired esinevad ainult naistel.“ Uuringud näitavad, et umbes 10% *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* diagnoosiga haigetest on meessoost. Üheks eelarvamuse põhjuseks võib olla see, et sageli otsivad naised rohkem abi. Lisaks on erinevusi sümptomite avaldumises - naised on enam mures kaalunumbri, mehed aga hea vormi pärast. Meestel kaasub võrreldes naistega rohkem depressiooni ja ainete kuritarvitamist.

„Söömishäirete puhul pole tegemist psüühikahäiretega.“ Söömishäired on kantud Rahvusvahelisse haiguste klassifikatsiooni eraldiseisvate psüühikahäiretena. Väga sagedane on teiste psüühikahäirete, nagu näiteks düstüümia, ärevushäired ja söltuvushäired, koosinemine söömishäirega.

„Juba ainüksi välimuse põhjal saame öelda, et tegemist on söömishäirega.“ Söömishäired arenevad erinevalt, mõnedel juhtudel on märgata kaalulangust, teistel mitte. Lisaks ollakse väga osavad oma haigustunnuste varjamisel. Oluline on tähele panna muutusi lapse käitumises ja meeleolus.

„Söömishäirete põhjuseks on meedia.“ Kuigi ka sotsiaalkultuurilistel teguritel on oma roll, kujuneb söömishäire välja siiski nii bioloogiliste, psühholoogiliste, perekondlike ja sotsiaalkultuuriliste tegurite koostoimel. Sageli on põhjused sügavamates psühholoogilistes probleemides ning kaasnev käitumine viitab sellele, et laps on hädas ning vajab abi.

Söömishäire diagnoosimine

Normaalse ning häirunud söömise hindamisel tuleb silmas pidada, et lapseas mõjutab söömiskäitumist, kehakaalu ning kasvu suur hulk tegureid. Teatud söömiskäitumine on normaalne kindlal eaperioodil. Näiteks ettevaatlikkus ja keeldumine uuest toidust on normaalne väikelapseas, kuid probleemne hilisemas vanusegrupis. Probleemseks või häirunuks saab lugeda sellist söömiskäitumist, mis mõjutab ebasoodsalt lapse kehalist tervist, kasvu, arengut ja/või toimimist, põhjustab püsivat distressi (hirm, häbitunne) või häirib/takistab pere normaalset üheskoos söömist.

Kuna RHK-10 diagnostilised kriteeriumid ei suuda piisavalt arvestada arengu ja vanusega seotud eripärasid diagnoositakse lastel ja noorukitel enamasti täpsustamata söömishäire. Näiteks esineb lastel ja noorukitel võrreldes täiskasvanutega sagedamini häire psüühiliste ilmingute (taju ja mõtteviisi

moonutused) vähendamine ja eitamine, mistõttu anorexia nervosa ja bulimia nervosa tüüpilised kriteeriumid ei täitu.

Söömishäirest paranemine

Ei ole kindlat kokkulepet, kuidas määratleda söömishäirest paranemist. Enamasti kirjeldatakse selle all püsiva ja tervisliku kehakaalu hoidmist kuid või aastaid koos korrapärase toitumise ja tüdrukul normaalse menstruatsiooniga. On leitud, et anorexia nervosast paranevad täielikult või osaliselt 50–70% haigestunutest. Uuringute tulemused viitavad, et pärast pikka paranemisprotsessi jäävad siiski püsima negatiivne emotsionaalsus, vältiv käitumine, täiuslikkuse- ja kõhnuseihalus, mõõdukas kalduvus dieedipidamisele ja sunniiselooga treeninguks.

Söömishäirete ravi

Ravi eesmärgid:

- alakaalu korral normaalse kehakaalu taastamine (normaalseks kaaluks loetakse kaalu, millega toimub eakohane seksuaalne areng lastel, taastub menstruatsioon ja normaalne ovulatsioon naistel ning seksuaalvajadus ja hormonaalne tasakaal meestel);
- kehaliste tuisistuste ravi;
- patsientide motivatsiooni ja koostöövalmiduse suurendamine normaalse söömisestabiilsuse taastamiseks ning ravis osalemiseks;
- teadmiste andmine tervislikust toitumisest ja söömise korraldamisest;
- mitteotstarbekate mõtete, hoiakute ja uskumuste muutmine;
- kaasnevate psüühilike häirete ravi;
- perekonna toetamine ning nõustamine
- tagasilöövide ennetamine

Enamikel juhtudel ravitakse söömishäiret ambulatoorselt. Raske alakaalu või kontrollimatu väljutava käitumise korral on näidustatud kehakaalu tõstmise ja toitumise taastamisega alustamine haiglas. Oluline on teada, et liiga kiire toitumise taastamine on seotud paljude potentsiaalselt ohtlike meditsiiniliste tuisistustega, mistõttu toitumise taastamine peaks toimuma spetsialisti juhtimisel. Paralleelselt toitumise taastamisega on oluline last nõustada, kuidas tulla toime oma kehakaalu vastuvõetavaks tunnistamisega.

Psühhoteraapia

Toitumisravi kõrval on enamasti vajalik psühhoteraapia, et parandada lapse sotsiaalsel ja psüühilisel tegevusvõimet. Teraapia valiku osas pole uurijate seas kindlat üksmeelt, kuid enim levinud on kognitiiv-käitumisteraapia (KKT), mis buliimiat ravis on oma tõhusust tõestanud. Anoreksia puhul ei ole leitud ühelgi teraapial suuremat tõhusust mõne teisega võrreldes, mistõttu ühendavad anoreksia raviprogrammid enamasti mitmeid psühhoterapeutilisi lähenemisviise, mille aluseks on sageli KKT. Mida nooremad on patsiendid, seda enam eelistatakse pereteraapiat.

Teraapia tähtsaim element on hea ja usalduslik suhe, mille loomine on teraapia algetapis peamiseks eesmärgiks. Kui ravi alguses jätkub kannatust sellele piisavalt aega kulutada, jõutakse kiiremini heade lõpptulemusteni. Psühholoogi rolliks on aidata lapsel mõista, mis temaga toimub, mida ta kogeb ning vähendada häirega kaasuvat segadust. Laps peaks saavutama tervikliku minapildi - kes ma olen, mida tahan elus saavutada, mida ma ise olen suuteline selleks tegema ning millised on minu väärtused. Terapeut peaks aitama lapsel näha, et ta ei ole ainult oma välimus. Vajalik on soodustada lapse asjakohast enesehinnangut ning võimet nõustuda oma tugevate ja nõrkade külgedega, positiivsete ja negatiivsete omadustega. Teraapia käigus omandatakse tervemad ja eakohasemad toimetulekustrateegiad nii, et söömishäire ei oleks enam üks nendest. Sageli tulevad "taustateguritena" välja teadvustamata probleemid nagu näiteks soov olla kuulatud ja märgatud, võistlus iseseisvumise üle, hirm kaotada kontroll oma elu üle, mida laps püüab lahendada söömishäire sümptomite abil.

KKT põhineb ideel, et käitumine, mõtted ja tunded on õpitud kogemuste kaudu ning on seetõttu ümberõpitavad ja muudetavad. Laps on teraapiasse aktiivselt kaasatud, koostöö on väga olulisel kohal ja laps ei pea saama üksi oma tunnetega hakkama. Mida väiksem on laps, seda enam kaasatakse tema vanemaid „kaasterapeutidena“. KKT õpetab ära tundma ja muutma tervisehäireid alalhoidvaid mõtteid ning uskumusi endast ja maailmast. Lapsele õpetatakse mõtteid tunnete ja käitumisega seostama ning emotsioonide reguleerimise oskusi. Vaidlustatakse väärarusaamu kaalust, kehakujust ja toidust, tegeldakse madala enesehinnanguga, tõhustatakse suhtlemisoskusi eakaaslastega ja peresiseselt. Teraapia seisukohalt on oluline, et lapsel tekiks soov muutuda. Pidevalt on vajalik motivatsiooni hindamine, vajadusel tõstmine. Selleks aidatakse näha erinevust praeguse käitumise ja laiemate elueesmärkide vahel nagu näiteks: „Sulle on olulised suhted sõpradega, kuid kuidas sa saad nendega meeldivalt aega veeta, kui ei jaksa liikuda?“

Teraapia alguses on peamine rõhk info andmisel söömishäire kohta. Vaadeldakse nii häire olemust, põhjuseid kui ka alalhoidvaid tegureid ning selle mõju psüühikale ja kehale. Aidatakse mõista, et sümptomid (näiteks tujumuutused, hõivatus toidust, sotsiaalsest elust tagasitõmbumine) on tingitud haigusest. See vähendab läbikukkumisega seostatavat süü- ja häbitunnet. Infot füüsilistest mõjudest tuleb esitada erapooletult kui fakte, mitte kui ähvardust - see aitab lapsel võtta vastutust, kuid liigne hirm võib viia vastutuse vältimiseni.

Oluline on info andmine ka muutumise faasis, et vähendada hirmu paranemise ees ning normaliseerida ebakindluse osas. Sageli on laps jäänud justkui lõksu, nähes haiguses nii kasulikke kui kahjulikke mõjusid. Ühest küljest aitab söömisele/ toidule keskendumine lapsel mitte tegeleda muude probleemidega. Teisalt on haigus justkui ebaseeldiv kiusaja (ei ole kunagi rahul, käsib treenida ja teha muid imelikke asju). Eelnevast tulenevalt annab haigus vastuolulisi signaale, mistõttu ühelt poolt võivad lapsed abi otsida, teisalt aga võitlevad südikalt igasuguse sekkumise vastu. Lapsega suheldes on oluline kuulamine, püüd raskusi mõista (kindlasti mitte hukkamõista) ja anda tagasisidet, et tema juttu ei peeta tühiseks ega mõttetuks.

Söömishäired ja ravimid

Erinevad ravijuhised viitavad üheselt, et ravimid ei ole esmavalikuks laste ja noorukite söömishäirete ravis. Laste ja noorukite anorexia nervosa ravis on toitumise taastamise faasis esmavalikuks perepõhine psühhoteraapia, ravimeid kasutatakse kaasuvate seisundite raviks. Bulimia nervosa ravis soovitatakse kohandatud KKT –le lisaks antidepressant fluoksetiini, kusjuures tuleb patsiente hoiatada, et fluoksetiini tarvitamise kaugmõjud on teadmata.

Anorexia nervosast tingitud luu mineraalne tiheduse langus on vähemalt osaliselt taaspöörduv kehakaalu ja menstruaaltsiooni taastumisel. Ravimid ei ole osutunud tõhusaks luutiheduse languse ennetamisel või parandamisel anoreksia nervosa korral.

Kaltsiumi ja vitamiin D lisamine on üldiselt soovitatud, kuigi puuduvad veenvad andmed nende tõhususe osas.

Normaalse menstruaaltsükli tagamise peamiseks eeldusteks anorexia nervosaga lapsel on normaalne toitumine, kehakaalu taastumine, emotsionaalne paranemine ja ülemäärase füüsilise aktiivsuse lõpetamine.

Söomishäirega laps koolis

Koolis on võimalik:

Ennetada – luua vastav õhkkond

Märgata – panna tähele õpilastega toimuvaid muutusi

Sekkuda – veenda õpilast ja peret arsti poole pöörduma

Toetada – teha koostööd perekonna ja ravimeeskonnaga

Märgates söomishäirele viitavaid tunnuseid, tuleks kõigepealt kindlaks teha, millega on tegemist. Usaldusliku kontakti loomine on eelduseks, et andmeid täpsustada ja et vanemad oleksid valmis järgima õpetaja või mõne teise koolitöötaja soovitusi professionaalse abi vajaduse kohta. Õpetajatel ja kooli tervishoiutöötajal on võimalus õigel ajal suunata laps abi saama.

Lapse paranemisprotsessi seisukohalt on oluline kooli ja kodu vaheline koostöö. Anoreksiaga lapsed viibivad sageli pikka aega haiglas ning ravi algusfaasis tuleb energia säästmise eesmärgil katkestada õppetöö. Tõsise kaalulanguse puhul tuleb mõnikord kehalise kasvatus tundidest ja vajadusel kogu õppetööst vabastada mõneks ajaks ka pärast haiglaravi lõppu, ravi jätkumisel ambulatoorselt. Lapse kooli tagasipöördumisel saavad õpetajad talle toeks olla õppekoormust terviseseisundile kohandades, samuti aidates korraldada suhteid kaasõpilastega, et vältida lapse isolatsiooni, vajadusel kaasõpilasi harida. Oluline on hoiduda ülereageerimisest. Haige rolli tuleks esile tuua mitte rohkem kui just otstarbekas.

Lapsega tööd tehes tuleb arvestada, et mida noorem laps, seda vähem suudab ta tulevikku realistlikult ette kujutada, ülekaalus on soovmõtlemine ja positiivsed fantaasiad. Ravile allumist tajutakse kui saavutatu kaotust, samas soovitakse ületada paranemiseks vajalikke etappe. Abiks saab olla siiralt muret väljendades ning toeks olles. Arutades lapsega muutunud käitumist (nt omaette söömine) on võimalik peegeldada objektiivset reaalsust. Samas tuleb vältida negatiivset kriitikat ning vältida surveid.

Söomishäire ennetamisest

Söomishäire või häirunud söomiskäitumise olulisimad riskifaktorid on rahulolematuse oma kehaga, kaalu pärast muretsemine, kõhnuseideaali omaks võtmine, dieedipidamine, meedia mõju, kaaslaste-poolne kiusamine ja ebaterve kaalu kontrolliv käitumine. Nimetatud faktoritega tegelevad ka ennetusprogrammid.

Lapsed saavad ühiskonnalt vastaka sisuga sõnumeid toidu ja kehakaalu kohta. Uuringutes on kinnitust leidnud, et sageli perekonnaga üheskoos söömine vähendab neidudel ülemäärast kaalu jälgimist, toob kaasa mitmekülgsema ja tervislikuma toitumise, kõrgema psühhosotsiaalse heaolu, parema akadeemilise edasijõudmise ja väiksema uimastite tarvitamise. Meedia kirjaoskus (*media literacy skills*) aitab lapsi negatiivsete mõjude eest kaitsta nii toitumise ja kehakaalu teemal kui ka alkoholi ja kiirtoidu küsimustes.

Laste eneseusku parandavad programmid kaitsevad neid erinevate halbade mõjutuste eest ning soodustavad lisaks söömishäirete riski vähendamisele üldist heaolu. Noor inimene, kes tunneb end oma kehas hästi, elab suurema tõenäosusega tervislikumalt, nt liigub aktiivselt ja sööb rohkem juur- ja puuvilju ning tal on seetõttu parem füüsiline ja vaimne tervis.

Vanemate roll oma laste positiivse minapildi, tervisliku toitumise ja kehakaalu kujundamisel on väga suur, seda tuleks neile selgitada ning ühtlasi püüda vähendada süüid, kui tekivad probleemid. Noorukite vanemate roll muutub, kui lapsed iseseisvuvad. On tehtud uuringuid selle kohta, kuidas perekonnafaktorid mõjutavad noorte söömiskäitumist. Nende uuringute tulemuste põhjal on välja töötatud neli nn nurgakivi, mille abil vanemad saaksid aidata lapsel saavutada tervislikku kehakaalu ja positiivset suhtumist oma kehasse. Vanematel soovitatakse pingutada selle nimel, et nende lapsed end paremini tunneksid, tervislikult toituks ja rohkem liiguks, ning vähem rääkida kaaluga seotud teemadel.

Neumark-Sztaineri neli nurgakivi (2005)

1. Tervisliku käitumisega oled lapsele eeskujuks

- Ebatervislike dieetide vältimine
- Kaaluga seotud kommentaaridest hoidumine
- Regulaarne nauditava füüsilise aktiivsusega tegelemine

2. Tervisliku (aga mitte täiusliku) söömismustri ja toitumuslike valikutega eeskujuks olemine

- Pakud keskkonda, kus on kerge teha tervislikke valikuid
- Tervislike valikute kerge kättesaadavus
- Perele kohandatud toitumuslikud normid
- Füüsilise aktiivsuse normiks muutmine ja televiisori vaatamise piiramine
- Oma teismelise püüete toetamine füüsilise aktiivsusega tegelemisel

3. Keskendud vähem kaalule ning enam käitumisele ja üdisele tervisele
 - Tervisliku käitumise soodustamine ilma kaalulangusele keskendumata
 - Oma teismeeas lapse identiteedi, mis ei seisneks vaid füüsilisel väljanägemisel, leidmise toetamine,
 - Kaalu suhtes narrimise keelamine kodus

4. Pakud toetavat keskkonda rohke rääkimise ja veel rohkema kuulamisega
 - Kaalumurede aruteludes kuulamine ja toetamine
 - Põhjuse välja selgitamine, kui teismeline räägib rasvast
 - Alati avatud suhtlusele üksõik mis teemadel ja olukordades
 - Tingimusteta armastamine, mis ei baseeru kaalul ja lapsele sellest teada andmine

Kasutatud kirjandus

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Roz Shafran. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361–384.
- Hoek, H.W., Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–96.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 666–672.
- Parkinson, K. N., Drewett, R.F., Couteur, A.S., Adamson, A.J. (2012). Earlier predictors of eating disorder symptoms in 9-year-old children. A longitudinal study. *Appetite*, 59, 161–167.
- Sassaroli, S., Gallucci, M., Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 467–488.
- Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: Proposed research criteria. *Eating Behaviors*, 9, 360–365.

- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: update. *Journal of Men's Health and Gender*, 2, 186–193.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., Vitousek, K.M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62, 199–216
- Connan et al., (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 79 (1), 13–24.
- Lilenfeld et al., (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26 (3), 299–320.
- Rubinow, D. R., Schmidt, P. J., & Roca, C. A. (1998). Estrogen–serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44(9), 839–850
- Torpy D., Papanicolaou, D., & Chrousos, G. (1997). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82, 982
- Grange, D. L., Lock, J. (2011). *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112–117.
- Ackard et al., (2007) Prevalence and utility of DSM–IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 409–417.
- Incidence and age–specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Oct; 165(10):895–9.
- Burden of eating disorders in 5–13–year–old children in Australia. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ *Med J Aust*. 2009 Apr 20; 190(8):410–4.
- Childhood eating disorders: British national surveillance study. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM *Br J Psychiatry*. 2011 Apr; 198(4):295–301.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Oregon Research Institute, Eugene 97403. Erratum in *J Abnorm Psychol* 1993 Nov;102(4):517.
- Strober, M., Freeman, R., Bower, S., & Rigali, J. (1996). Binge Eating in Anorexia Nervosa Predicts Later Onset of Substance Use Disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 519.
- Sullivan, P. F., Gendall, K. A., Bulik, C. M., Carter, F. A. and Joyce, P. R. (1998), Elevated total cholesterol in bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 23: 425–432.
- Stockholmi lääni söömishäirete regionaalne ravijuhis, 2009, lk 37
- Biederman, J., S. W. Ball, M. C. Monuteaux, C. B. Surman, J. L. Johnson, and S. Zeitlin. 2007. Are girls with ADHD at risk for eating disorders?

- Castro, J. (2000), Perceived rearing practices and anorexia nervosa. *Clin. Psychol. Psychother.*, 7: 320–325
- Davies KM, Bone mass and bone mineral density were measured using dual X-ray, *Bone*, 1990; 11:143–7.
- Muise, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33: 427–435.
- Modan–Moses D, ym. *Pediatrics* 2003; 111:270–276.
- Raevuori A. *Clinical Practical Epidemiology Mental Health* 2006; 2:6.
- Steinhausen, H.–C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293
- Anderluh, Tchanturia, Rabe–Hesketh, & Treasure. (2003). Childhood obsessive–compulsive personality traits in adult woman with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 160(2), 242–247.
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A. (2008). Eating disorder not otherwise specified. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156–164.
- Fisher, M., Burns, J., Schneider, M. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, 28, 222–227.

Soovitav kirjandus

- Cacciatore Raissa jt. (2010). *Kuidas toetada laste ja noorte enesehinnangut*. Varrak
- Le Grange Daniel, Lock James. (2011). *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*
- Keski-Rahkonen Anna jt. (2011). *Söömishäired. Juhised lähedastele*. Medicina
- Kelly D. Brownell, Christopher G. Fairburn. (2005). *Eating Disorders and Obesity, Second Edition. A Comprehensive Handbook*
- The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria. *An Eating Disorders Resource for Schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools. (2004). The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria, Victoria, Australia.*

