



BADEV project has received funding from the European Union`s Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020)

]

Vadlīnijas

Speciālistu darbā ar vardarbībā cietušiem bērniem

Izrādātas projektā:

"Enhancing Barnahus model service delivery in Estonia, Latvia and Poland —
BADEV" projekta Nr. 764255 — BADEV — REC-CHILD-AG-2016/REC-CHILD-AG-
2016-01

Centrs Dardedze 2019



Saturs

1. Vardarbības definīcija un izplatība
2. Vardarbības radītā ietekme uz bērniem un pusaudžiem: posttraumatiski psiholoģiskie traucējumi
3. Riska faktoru un posttraumatisko problēmu novērtējums
4. Psiholoģiskās palīdzības vispārīgie principi
5. Ieteicamie terapijas modeļi darbā ar bērnu un pusaudžu traumām
6. Speciālistu, kas sniedz uz traumu fokusētu psiholoģisko palīdzību, kompetence
7. Apmācība un uzraudzība speciālistiem, kas veic terapeitisko darbu
8. Kas jāzina vecākiem izvēloties psihologu?
9. Kas jāzina vecākiem izvēloties psihoterapeitu?
10. Valsts un pašvaldības nodrošinātais atbalsts vardarbībā cietušajiem bērniem Latvijā

1. Vardarbības definīcija un izplatība

Liela daļa vardarbības gadījumu, kas vērsti pret bērniem un pusaudžiem, ietver vismaz vienu no šādiem vardarbības veidiem personu starpā: vardarbīga izturēšanās, iebiedēšana, vardarbība vienaudžu vidū, vardarbība ģimenē, seksuāla vardarbība, emocionāla/psiholoģiska vardarbība (PVO, 2016). Šajā rakstā mēs liekam uzsvāru uz vardarbību kopumā, ņemot vērā fizisku (tostarp vardarbīgu sodu), seksuālu un emocionālu vardarbību un vecāku, aprūpētāju vai citu bērnam svarīgu personu nevērību (nerūpēšanos jeb nolaidību).

Vardarbības veidu definīcijas:

- **seksuāla vardarbība** – pieaugušā vai pusaudža veiktas seksuāla rakstura darbības vai to imitācija, kas vērstas pret bērnu vai veiktas ar bērnu un kuru veikšanai noziedzīgā nodarījuma izdarītājs izmanto savu ietekmi, izsaka draudus vai ļaunprātīgi izmanto upura nespēju atteikties;
- **fiziska vardarbība** – visa veida tīša rīcība, kuras mērķis ir nodarīt miesas bojājumus bērnam (tostarp sišana, purināšana, indēšana, dedzināšana, žņaugšana u.c.);
- **emocionāla vardarbība** – psiholoģiska un garīga vardarbība pret bērnu, kas rada nopietnu kaitējumu bērna emocionālajai attīstībai.
 - Piemēram, pazemošana, kritizēšana, bērna viedokļa izteikšanas aizliegšana, vecumam neatbilstošas prasības attiecībā uz bērnu, iebiedēšana, draudēšana, tādu notikumu piedzīvošana/piedalīšanās tādos notikumos, kas izraisa hronisku negatīvu stresu, ķircināšana, aizliegšana sarunāties ar draugiem, vecāku nepieejamība, tuvu pieaugušo destruktīvi konflikti bērna klātbūtnē, bērna iesaistīšana pieaugušo savstarpējo attiecību risināšanā u. c.;
- **nevērība jeb nerūpēšanās** – par bērnu atbildīgo personu nespēja apmierināt bērna normālai un vecumam atbilstošai attīstībai nepieciešamās vajadzības.
 - **Emocionāla nevērība** – vecāka/aprūpētāja tīša vai netīša nepārtraukta bērna emocionālo vajadzību (pēc uzmanības, drošības) ignorēšana, tostarp arī nespēja izrādīt rūpes, bērna atstumšana un emocionālo vajadzību ignorēšana.
 - **Fiziska nevērība** – vecāku/aprūpētāju nespēja nodrošināt ikdienas/vispārīgo aprūpi, radot nopietnus draudus bērna fiziskajai veselībai (neietver nabadzību).
 - Tāpat iespējama medicīniska nerūpēšanās, nerūpēšanās par izglītību, nerūpēšanās par bērna sociāliem kontaktiem.

2017. gadā pasaulē bija aptuveni viens miljards bērnu vecumā no 2 līdz 17 gadiem, kuri piedzīvoja kādu no vardarbības veidiem (PVO, 2018). Aptuveni ceturtdaļa pieaugušo bērniībā ir piedzīvojuši fizisku vardarbību, turpretī seksuālu vardarbību bērniībā ir piedzīvojusi katrā piektā sievietē un katrs trīspadsmitais vīrietis (PVO, 2016).

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas datiem (PVO, 2014) visa mūža garumā ir novērojama šādu dažādu vardarbības veidu izplatība:

- emocionāla vardarbība – vismaz vienu reizi mūžā to piedzīvo 36% bērnu visā pasaulē un 15% bērnu Eiropā;
- fiziska vardarbība – 23% bērnu visā pasaulē un 12% bērnu Eiropā;
- seksuāla vardarbība (meitenes) – 18% meiteņu visā pasaulē;
- seksuāla vardarbība (zēni) – 8% zēnu visā pasaulē;
- seksuāla vardarbība (meitenes, zēni) – 9% bērnu Eiropā;
- nevērība – 16% bērnu visā pasaulē un 9% bērnu Eiropā.

Ja mēs ņemtu vērā noteiktas mērķa grupas, vardarbības gadījumu skaits būtu ievērojami lielāks. Piemēram, apmēram 3/4 no audžuģimenēs ievietotajiem bērniem ir saskārušies ar nevērību

(American Society for the Positive Care of Children, 2019). Tāpat vispārzināms ir arī fakts, ka, ja bērna vecāki bērnībā ir cietuši no vardarbības vai pārmērīgi lieto alkoholu vai narkotiskās vielas, vai ir saistīti (kā upuris vai noziedzīga nodarījuma izdarītājs) ar cita veida vardarbību (piemēram, vardarbību ģimenē), risks, ka bērns tiks pakļauts vardarbībai, ir lielāks (PVO, 2016).

2. Vardarbības radītā ietekme uz bērniem un pusaudžiem: posttraumatiski psiholoģiskie traucējumi

Bērnības traumatiskā pieredze ietekmē bērnu kopumā, kā arī bērna neiroloģisko, emocionālo un sociālo attīstību, izraisot īslaicīgus vai ilgtermiņa traucējumus šajās sfērās. Depresija, smēķēšana, aptaukošanās, riskanta seksuālā uzvedība, neplānota grūtniecība, alkohola un citu narkotisko vielu pārmērīga lietošana, kļūšana par vardarbības vai nozieguma upuri, kā arī augstāks sirds slimību, vēža, pašnāvības un seksuāli transmisīvo slimību risks ir visbiežāk sastopamie veselības traucējumu veidi, kas radušies vardarbības rezultātā (PVO, 2016).

Vardarbība bērnībā palielina dažādu problēmu rašanās risku (PVO, 2014):

- A. **veselības problēmas** – 2,3 reizes lielāks garīgo un neiroloģisko traucējumu risks, 1,5 reizes lielāks veselībai kaitīgas uzvedības risks, 2,5 reizes vairāk veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas gadījumu;
- B. **sociālās un uzvedības problēmas** – 41,2 reizes lielāks piesaistes problēmu risks, 3,5 reizes lielāks risks slikti kontrolēt emocijas stresa gadījumā, 2,4 reizes lielāks zemas apmierinātības ar dzīvi risks;
- C. **zemākas kognitīvās un akadēmiskās spējas** – 1,8 reizes lielāks nepietiekamas kognitīvās attīstības risks, 1,3 reizes lielāks akadēmisko grūtību risks, 1,3 reizes lielāks lingvistiskās attīstības grūtību risks;
- D. **ekonomiskās problēmas šaurākā nozīmē** – 1,1 reizi lielāks risks attīstīt atkarību no azartspēlēm pusaudža vai pieaugušā vecumā tiem, kas tikuši pakļauti vardarbībai, kā arī plašākā nozīmē – lēnāka valsts ekonomikas attīstība un lēnāka sociālā attīstība.

Pēc traumatiskas pieredzes cilvēki var piedzīvot dažādus psiholoģiskus traucējumus, it īpaši posttraumatiskā stresa sindromu (PTSS), komplekso posttraumatisko stresa sindromu (komplekso PTSS) un piesaistes traucējumus.

Šajā rakstā netiek atsevišķi aplūkoti disociatīvi traucējumi (taču tiek apskatīts PTSS apakštips ar disociatīviem traucējumiem), personības traucējumi vai citi simptomi, kas arī var rasties pēc traumas.

Traumatiska pieredze ietekmē centrālās nervu sistēmas darbību. Cilvēka smadzenes ir ļoti sarežģītas. Noteiktas smadzeņu daļas atbild par noteiktām funkcijām, piemēram, ļoti vienkāršoti var skaidrot, ka smadzeņu apakšējā daļa (smadzeņu stumbrs, smadzenītes) atbild par ķermeņa pamatfunkcijām un emocionālām reakcijām, kā arī “cīņas/bēgšanas/sastingšanas” reakcijām u.c. Vidējā smadzeņu daļa (talāms, bazālie gangliji, limbiskā sistēma) atbild par emocijām, atmiņām, kontrolē kustību ātrumu u.c. Savukārt smadzeņu augšējā daļa (garoza) atbild par lēmumu pieņemšanu, plānošanu, empātiju, uzmanību, kontrolē ķermeni un emocijas u.c. Visas smadzeņu daļas savstarpēji sadarbojas, kontrolējot cilvēka ķermeni, emocijas un uzvedību. Saskaroties ar traumatisku notikumu, smadzeņu daļas, kas atbild par pieredzes (verbālu un domāšanā izsvērtu) apstrādi un uzglabāšanu, nepaspēj noreāģēt, tā rezultātā atmiņas netiek apstrādātas un uzglabātas kā ierasts. Tas nozīmē, ka informācija, kas saistīta ar notikumu, lielākoties tiek glabāta kā situatīvi pieejama, tāpēc verbālā pieeja tai ir nepilnīga (Brewin et al., 1996). To var skaidrot arī tā, ka traumatiskā notikuma brīdī noreāģē smadzeņu

apakšējā daļa (“cīņas/bēgšanas/sastingšanas” reakcijas, kas emocionāli ir ārkārtīgi spēcīgas) un nenotiek informācijas apmaiņa ar smadzeņu augšējo daļu (garozu), kas izmanto valodu un domāšanu pieredzes skaidrošanai. Tādējādi informācija tiek saglabāta kā pieredze, kas tika uztverta traumas brīdī un kam nav sekojusi atkārtota apstrāde, un tas nozīmē, ka apdraudējums/stress tiek uztverts kā pastāvīgs un nepārtraukts. Tādēļ traumas brīža pieredze var pēkšņi nekontrolēti parādīties arī kā atmiņu uzplaisnījums, jo šī pieredze nav apstrādāta ar valodas palīdzību. Jāņem vērā, ka gadījumā, ja trauma radusies agrā vecumā vai ja traumējošā pieredze bijusi pastāvīga, smadzeņu darbība tiek traucēta nopietnāk. Kad bērns izjūt īslaicīgu stresu, tas stimulē smadzeņu augšanu, palīdz pielāgoties un mainīties, māca elastīgumu, tomēr ilgstoša traumatiska pieredze (vardarbība) ir pielīdzināma ilgstošam, toksiskam stresam, kas pārņem smadzeņu augšējo daļu, pasliktina loģisko domāšanu, spēju mācīties un saprast. Jebkurā gadījumā traumatiska pieredze nozīmē nepilnīgas pašregulācijas spējas un nepilnīgu vai neesošu darbaspējīgu piesaistes modeli.

Pievērsīsimies psiholoģiskajiem traucējumiem, kas var attīstīties pēc traumas:

- pēctrauma stresa sindroms (PTSS) – pasaulē diagnosticē kopš 1980. gada; kritēriji, kas pielāgoti pirmsskolas vecuma bērniem, tika izstrādāti 2013. gadā (DSM-5);
- kompleksais posttraumatiskā stresa sindroms (PTSS) – pasaulē diagnosticē kopš 2018. gada (SSK-11); bērniem paredzēti diagnostikas kritēriji nav izstrādāti;
- piesaistes traucējumi (kopš 2013. gada izmantotās diagnozes ir reaktīvi piesaistes traucējumi un neapvaldīti sociālās mijiedarbības traucējumi, DSM-5).

Traucējumi tiek aprakstīti, pamatojoties uz šādām divām pasaulē visizplatītākajām traucējumu klasifikācijas sistēmām: Diagnostiskā un statistiskā psihisko traucējumu rokasgrāmata (APA, 2013; abr. DSM; kopš 2013. gada DSM 5. versija) un Starptautiskā slimību klasifikācija (PVO, 2018; abr. SSK; kopš 2018. gada SSK 11. versija).

Posttraumatiskā stresa sindroms

Vēl nesenu PTSS bērniem un pusaudžiem tika diagnosticēts, izmantojot tādus pašus kritērijus kā pieaugušajiem. DSM-5 (APA, 2013) ieviesa bērniem raksturīgus kritērijus. Vienota diagnoze visām vecuma grupām tiek izmantota pat jaunākajā SSK versijā (PVO, 2018).

Pirmais kritērijs PTSS kā traucējuma diagnosticēšanai ir traumatiskas situācijas pieredzēšana.

Konkrētāk tas nozīmē, ka persona ir pieredzējusi vai novērojusi nelaimes gadījumu, vardarbīgu situāciju vai citu bīstamu situāciju, kurā iesaistītas viņai nozīmīgas personas, un bērnu gadījumā, kad bērns ir uzzinājis par traumatisku notikumu, kurā iesaistīts viņu vecāks/aprūpētājs.

PTSS raksturo šādas simptomu grupas:

- traumatiskā notikuma vai notikumu atkārtota pārdzīvošana tagadnē, kas izpaužas kā spilgtas uzbāzīgas atmiņas, uzplaisnījumi un/vai murgi, kurus parasti pavada spēcīgas vai nomācošas emocijas un/vai spēcīgas fiziskas sajūtas;
- izvairīšanās no domām un atmiņām par notikumu vai notikumiem vai izvairīšanās no darbībām, situācijām vai personām, kas atgādina par notikumu vai notikumiem;
- pastāvīga paaugstināta trauksmainība (piemēram, miega traucējumi un grūtības koncentrēties, pastiprināta baiļu sajūta, aizkaitināmība);
- negatīvas garastāvokļa un kognitīvo procesu izmaiņas (tikai DSM-5; piemēram, depresija, bezcerības izjūta, vainas izjūta; garastāvokļa izmaiņas; negatīvs paštēls; nespēja atsaukt atmiņā noteiktas notikuma detaļas).

Diagnozes noteikšanai simptomiem pēc notikuma(-iem) jā saglabājas vismaz mēnesi (atbilstoši DSM-5) vai vairākas nedēļas (atbilstoši SSK-11). Simptomiem jāizraisa būtiski bērna/pusaudža funkcionēšanas traucējumi.

DSM-5 norāda PTSS apakštipu ar disociatīviem simptomiem, un šajā gadījumā papildus aprakstītajiem simptomiem parādās nozīmīgi traucējumi vai nu depersonalizācijas sajūtas veidā (ārējā novērotāja pieredze vai norobežošanās no sevis), vai derealizācijas sajūtas veidā (nerealitātes, attālināšanās vai notikumu sagrozīšanas pieredze).

Maziem bērniem (DSM-5, kritēriji PTSS diagnosticēšanai bērniem līdz sešu gadu vecumam) **traumatiskā notikuma atkārtotā pārdzīvošana var izpausties kā atkārtota traumas tēmas izspēlēšana vai kādu tās aspektu atspoguļošana (tā saucamā trauma spēle)**. Jāņem vērā, ka neatkarīgi no notikuma izspēlēšanas bērni var nebūt spējīgi izteikt pieredzes būtību vārdos (viņi izspēlē traumu, bet nevar paskaidrot, kāpēc). Pastāvīgi murgi pēc traumatiska notikuma ir bieža parādība, taču maziem bērniem var būt šausminoši sapņi bez skaidra satura (ne vienmēr tieši atgādinot par notikumu). Vispārēji spēcīgi psiholoģiskie traucējumi ir raksturīgi gadījumos, kad bērns tiek pakļauts stimuliem, kas atgādina par traumatisko notikumu vai simbolizē to.

Izvairīšanās maziem bērniem izpaužas kā vispārējs mēģinājums izvairīties no darbībām, vietām vai personām, kas atgādina par traumatisko notikumu, kā rezultātā ievērojami samazinās interese par bērnam svarīgām jomām vai līdzdalība tajās (ierobežota spēle); norobežošanās no sociālās mijiedarbības, vājākas emocionālās spējas (piemēram, samazināta spēja veidot piesaistes attiecības) un attīstības gaitā iegūto spēju/prasmju zudums/pavājināšanās (piemēram, personīgās higiēnas prasmes - spēja sevi apkopt un tualetes izmantošanas prasmes, runas prasmes, sociālās mijiedarbības prasmes).

Trauksmainība maziem bērniem bieži izpaužas kā grūtības iemigt vai nemierīgs miegs; aizkaitināmība vai agresivitāte, kas var izpausties kā ārkārtīgi intensīvas dusmu lēkmes vai trauksmes sajūta, traucētas koncentrēšanās spējas, nemiers, hiperaktivitāte un pastiprināta baiļu sajūta.

Turklāt, lai apstiprinātu PTSS diagnozi, maziem bērniem jābūt vismaz vienam no šādiem simptomiem: posttraumatiskas bailes no atšķirtības; agresivitāte; vai jaunas bailes (tām var būt, bet var arī nebūt acīmredzama vai tieša saikne ar traumu, piemēram, bailes doties uz tualeti vienam pašam, bailes no tumsas, bailes palikt vienam).

PTSS simptomi skolas vecuma bērniem (vecumā no 7 līdz 12 gadiem; Liivamägi, 2011, 101. lpp.):

- centieni atcerēties pieredzēto notikumu vai sajūta, ka notikums pastāvīgi atkārtojas;
- visa notikuma vai tā detaļu izspēlēšana spēles laikā;
- pastiprinātas trauksmes izjūtas simptomi, bailes par bērnam tuvu personu veselību vai labsajūtu, kauna sajūta;
- dažādas fiziskas sūdzības (galvenokārt galvassāpes, vēdersāpes vai locītavu sāpes);
- pārlieta modrība/hipermodrība;
- miega traucējumi (grūtības aizmigt, nemierīgs miegs, slikti sapņi, miega ritma izmaiņas);
- dezorganizēta/izaicinoša uzvedība: laušana, priekšmetu iznīcināšana, blēņošāns; emociju izvirdumi, dusmu lēkmes;
- saskarsmes grūtības, grūtības koncentrēties un zemāki akadēmiskie sasniegumi.

PTSS simptomi pusaudžiem (vecumā no 13 līdz 18 gadiem; Liivamägi, 2011, 102. lpp.)

- PTSS simptomi galvenokārt ir tādi paši kā pieaugušajiem. Dažos gadījumos var attīstīties izaicinoša attieksme vai naidīgums pret vecākiem, riskanta vai antisociāla uzvedība. Citi izjūt izteiktāku nedrošību, bīklumu, vilcināšanos, izvairīšanos no emocionālām

- situācijām un ierobežotāku spēju pielāgoties dzīvei.
- Parasti novēro:
 - o paaugstinātu trauksmes līmeni, grūtības ar pašregulāciju un pašpalāvēību;
 - o nomāktu garastāvokli (disforiju) vai depresiju (īpaši seksuālas vardarbības gadījumā);
 - o vainas, niknuma, baiļu un vilšanās izjūtu;
 - o bailes no nākotnes vai bezperspektīvas izjūtu;
 - o tendenci pārmērīgi vai nepietiekami reaģēt dažādās situācijās, kas bieži izpaužas riskantā uzvedībā. Raugoties no uzvedības perspektīvas, pusaudži var izrādīt vilšanos, veicot agresīvas darbības pret citiem vai sevi (pašsavainošanās, pašnāvības draudi un mēģinājumi) vai caur seksuālu uzvedību meklējot citu personu atzinību, vai lietojot alkoholu vai narkotiskās vielas;
 - o grūtības koncentrēt uzmanību un domāt abstrakti, kā arī grūtības risināt problēmas;
 - o grūtības tikt galā ar savu dzīvi, provocējot konfliktus skolā un mājās, aizstājot draugus ar vienaudžiem kuriem ir uzvedības problēmas.

Bērna/pusaudža traumatiskā pieredze ietekmē ģimenes dzīvi. Vecāki var uzskatīt, ka ir cietuši neveiksmi, cenšoties nodrošināt sava bērna drošību, tādēļ var sākt pārmērīgi aprūpēt bērnu. Vecāki var būt ārkārtīgi apbēdināti notikušā dēļ un piedzīvot spēcīgas emocijas (vainas, dusmu, kauna izjūtu, skumjas u.c.); tas viss ietekmē ģimenes attiecības un tās funkcionēšanu (cita starpā bērna iespējas saņemt atbalstu). Ja ģimene piedzīvo traumatisku notikumu (piemēram, vecāku vardarbību), tas pastiprina apjukuma un baiļu izjūtu, vainas apziņu un citas emocijas.

Apkopojot visu iepriekšminēto, **PTSS bērniem un pusaudžiem izpaužas šādās jomās:**

- **piesaistes veidošana** – sociālā atstumšana, problēmas ar attiecībām, personisko robežu ievērošanu un empātiju;
- **fiziskā veselība** – somatiskas sūdzības, kavēta sensomotorā attīstība, koordinācijas problēmas, citas veselības problēmas;
- **emociju regulācija** – grūtības atpazīt un nosaukt emocijas un nepieciešamību pēc saskarsmes;
- **disociācija** – grūtības atcerēties, skatīšanās uz notiekošo it kā no malas, šķietams emociju trūkums, pārmērīga aizsāpņošanās un/vai fantazēšana, bērns it kā “atslēdzas” un nepamana apkārt notiekošo;
- **kognitīvās spējas** – grūtības koncentrēties, mācīties, apgūt jaunu informāciju, apgūt valodu, grūtības plānot aktivitātes, problēmas ar laika un vietas izjūtu;
- **paštēls** – problēmas ar laikā nemainīgu pašuztveri, problēmas ar ķermeņa uztveri, zems pašvērtējums, vainas apziņa, kauna izjūta;
- **uzvedības kontrole** – grūtības kontrolēt tieksmes, agresivitāte, traucēts ēšanas un miega režīms, uzvedības problēmas, atkārtota traumas pārdzīvošana.

Kompleksais PTSS

Kopš 2018. gada SSK-11 ietvaros (PVO, 2018) oficiāli diagnosticē **komplekso PTSS, kas attīstās traumatisku bērības pārdzīvojumu un ilgstošu un/vai atkārtotu traumatisku notikumu rezultātā.**

Kompleksais PTSS attīstās pēc pārdzīvotiem traumatiskiem notikumiem, kurus raksturo ārkārtīgi traumējošs raksturs un bezizejas izjūta.

Komplekso PTSS raksturo iepriekš minētie PTSS simptomi, kā arī būtiskas problēmas ar:

- emociju apvaldīšanu (ietekmē regulēšanu);
- paštēlu (persona uztver sevi kā mazvērtīgu, uzveiktu/uzvarētu vai nevērtīgu būtni, un šīs izjūtas pavada spēcīga un pastāvīga kauna, vainas vai neveiksmes izjūta, kas saistīta ar traumatisko notikumu);
- pastāvīgu attiecību saglabāšanu un intimitāti saskarsmē ar citiem (bērniem galvenokārt piesaistes problēmas).

Tāpat kā PTSS gadījumā, kompleksais PTSS rada būtiskus traucējumus svarīgās funkcionēšanas jomās. Nepieciešamība atšķirt komplekso PTSS cita starpā ir pamatota ar psihoterapeitiskas iejaukšanās nepieciešamību, kura nav nepieciešama PTSS gadījumā (Liivamägi, 2011, 115. lpp.).

Pašlaik nav izstrādātas oficiāli apstiprinātas bērniem raksturīgas traucējumu pazīmes, tāpēc, novērtējot traucējumu līmeni, tiek izmantoti pieaugušajiem paredzētie kritēriji. Kopumā tiek uzskatīts, ka kompleksais PTSS (t.i. kompleksā trauma) bērniem un pusaudžiem nozīmē traucētas piesaistes attiecības, iztrūkstošu drošības sajūtu, vājinātu emociju, uzvedības, bioloģisko regulāciju; negatīvu paštēlu un kognitīvus sagrozījumus; problemātisku disociāciju (Cook et al., 2005).

Piesaistes traucējumi

Piesaistes modelis attīstās līdz 8./9. dzīves mēnesim un kļūst par tā saucamo iekšējās darbības modeli turpmāko attiecību veidošanā, kas nozīmē **tipisku veidu, kā reaģēt uz svarīgas personas prombūtni – drošu piesaisti, nedrošu: ambivalentu jeb trauksmainu vai izvairīgu jeb bailīgu piesaisti un dezorganizētu piesaisti.**

Piesaistes modeli raksturo spēcīga savstarpēja atkarība, intensīvas savstarpējas jūtas un emocionālā saikne (Maar, 2016). Piesaiste tiek raksturota arī kā - dziļa un noturīga emocionālā saikne, kas vieno divus cilvēkus laikā un telpā. Ja attīstības gaitā vecāki/aprūpētāji bērnu pakļauj vardarbībai, tostarp nevērībai, attīstās piesaistes traucējumi.

Pašlaik saskaņā ar DSM-5 un SSK-11 problēmas, kas saistītas ar piesaistes traucējumiem, tiek aprakstītas kā divi, nevis viens kā agrāk (reaktīvi piesaistes traucējumi) dažādi sindromi, un šie traucējumi tiek diagnosticēti tikai bērniem.

1. **Reaktīvi piesaistes traucējumi** ir reti, taču smagi traucējumi, kas attīstās zīdainim vai mazam bērnam, kuram neveidojas veselīga piesaiste saviem vecākiem vai aprūpētājiem. Traucējumu attīstības priekšnoteikums ir vecāku vai aprūpētāju nevērība vai vardarbība, kas būtībā nozīmē to, ka pieaugušie, kas aprūpē bērnu, nepietiekami vai nepienācīgi apmierina bērna pamatvajadzības pēc komforta, piesaistes un kopšanas.

Saskaņā ar DSM-5 (APA, 2013) šos traucējumus raksturo:

- attīstības aizture;
- grūtības nodrošināt pašaprūpi;
- motoro funkciju attīstības aizture un muskuļu hipertensija;
- dezorientācija, nespēja koncentrēties, izklaidība (piemēram, nepamatota atturība, bailes, skumjas vai aizkaitināmība);
- seja bez izteiksmes, bez mirdzuma vai prieka acīs (piemēram, skumjas un apātija, bērns nesmaida);
- neierasta reakcija uz sociālo mijiedarbību (piemēram, nemeklē mierinājumu un nereaģē, ja tiek piedāvāts mierinājums; nav intereses spēlēt interaktīvas spēles, piemēram,

paslēpes).

Bērni, kuri cieš no reaktīviem piesaistes traucējumiem, visticamāk, neizrādīs interesi par citiem cilvēkiem, jo šiem bērniem ir bijusi agrīna negatīva pieredze ar pieaugušajiem, un šī pieredze ir padarījusi viņus piesardzīgus; šiem bērniem ir grūtības nomierināties, kad viņi ir aizkaitināti, un viņi arī nemeklē mierinājumu no cilvēkiem, kas viņiem ir tuvi. Šķiet, ka šiem bērniem nav emociju vai viņiem ir minimālas emocijas (AACAP; 2016).

Bērni, kuri tiek audzināti bērnu namā vai citās institūcijās; kuriem bieži jāmaina dzīvesvieta (piemēram, bērnunami) vai aprūpētāji; kuru vecākiem ir garīgās veselības problēmas, noziedzīgas tieksmes vai atkarība no preibinošām vielām, kas ietekmē bērnu audzināšanu; vai kuri ilgstoši ir bijuši spiesti būt atšķirtībā no vecākiem/aprūpētājiem (piemēram, uzturoties slimnīcā), ir pakļauti lielākam riskam, ka viņiem varētu attīstīties šie traucējumi.

2. Neapvaldīti sociālās mijiedarbības traucējumi

Tāpat kā reaktīvo pieķeršanās traucējumu gadījumā, bērnam, kas cieš no sociālās mijiedarbības traucējumiem, nav attīstījusies droša piesaiste saviem vecākiem/aprūpētājiem, un tas ir nevērības vai cita veida vardarbības rezultāts.

Šo traucējumu tipiskās pazīmes ir šādas (DSM-5, APA, 2013):

- zema/samazināta atturība vai atturības trūkums, tuvojoties un veidojot saskarsmi ar nepazīstamiem pieaugušajiem;
- pārāk familiāra verbāla un/vai fiziska uzvedība (ņemot vērā kulturāli noteiktas un vecumam atbilstošas robežas), piemēram, nepazīstamas personas apskaušana;
- reta vecāku vai aprūpētāja atļaujas lūgšana vai tās nelūgšana nemaz, kad bērns atrodas nepazīstamos apstākļos vai kad vecāks/aprūpētājs aiziet prom;
- gatavība doties līdz nepazīstamai pieaugušai personai ar minimālu vilcināšanos vai bez vilcināšanās.

Salīdzinot ar bērniem, kuri cieš no reaktīviem piesaistes traucējumiem, šie bērni ir emocionālāki un sabiedriskāki. Viņi bieži ir uzbāzīgi un viņiem ir nepilnīgi attīstīta izpratne par sociālām un fiziskām robežām, kā arī viņi bieži vien meklē uzmanību (AACAP; 2010).

Bērni, kuri tikuši pakļauti emocionālai nevērībai, kuri ir bijuši spiesti bieži mainīt dzīvesvietu un aprūpētājus, kā rezultātā viņiem nav bijis laika izveidot stabilas attiecības, un kuri ir audzināti vietās, kas ierobežo iespējas veidot piesaistes attiecības (piemēram, iestādes ar lielu bērnu-aprūpētāju attiecību), ir pakļauti lielākam riskam, ka viņiem varētu attīstīties šie traucējumi.

3. Riska faktoru un posttraumatisko problēmu novērtējums

Riska faktori

Noteikti faktori (saistīti ar bērniem, viņu ģimenēm un plašāku sabiedrību), no vienas puses, palielina iespēju bērnam kļūt par traumatiska notikuma upuri un, no otras puses, palielina posttraumatiskā stresa sindroma vai citu psiholoģisku problēmu iespējamību pēc traumatiska notikuma pārdzīvošanas.

PVO ieskatā (2016, 2018) pastāv vairāki riska faktori, kas palielina varbūtību, ka bērns kļūs par vardarbības upuri. Piemēram, vecums (bērība vai pusaudža gadi), audzināšana ģimenē, kurā bērns nav bijis gaidīts, īpašas vajadzības vai emocionālais jūtīgums (piemēram, bērns daudz raud). Bērni un pusaudži, kuru izskats vai uzvedība atšķiras no tradicionālās (grupā, sabiedrībā) (piemēram, atšķirīgas fiziskās iezīmes, homoseksuāla orientācija, dzimumidentitātes traucējumi) vai kuriem ir problēmas, piemēram, ar alkohola lietošanu, ir pakļauti lielākam riskam. Tāpēc šādi bērni un pusaudži ir pakļauti negatīvas uzmanības riskam. Atšķirīgas iezīmes noteikti rada vairākas psiholoģiskas problēmas, piemēram, augstāku stresa līmeni, sliktu garastāvokli, problēmas ar pašvērtējumu u.c., kas padara bērnus un pusaudžus neaizsargātus pret vardarbību.

Runājot par riska faktoriem saistībā ar bērniem un pusaudžiem, nevar neņemt vērā aspektus, kas saistīti ar viņu vecākiem un ģimenēm. Bērni, kuru vecākiem ir piesaistes problēmas un ir ierobežotas bērnu audzināšanas prasmes (tostarp bērna vajadzību apmierināšanā), kā arī zināšanas par bērna attīstību vai ir nereālas gaidas attiecībā uz bērnu, ir pakļauti lielākam riskam gūt traumatisku pieredzi.

Vecāki, kuri ir bijuši pakļauti traumām bērībā, kuri pārmērīgi lieto alkoholu vai narkotiskās vielas (jo īpaši grūtniecības laikā) un/vai kuriem radušās noziedzīgas vai ekonomiskas grūtības, ietekmē bērna risku kļūt par traumas upuri. Ja bērns ir piedzīvojis traumu, bērna posttraumatiskā stāvokļa attīstību ietekmē tas, cik lielā mērā bērns attiecībās ar tuviniekiem var gūt palīdzību un atbalstu. Bērna situācija būtiski pasliktinās gadījumos, kad vardarbības veicējs ir bijis bērnam tuva persona vai pat uzticības persona.

Plašākā kontekstā bērna traumatiskās pieredzes iespējamību ietekmē bērna ģimenes locekļu veselības problēmas (īpaši garīgās veselības problēmas), vecāku šķiršanās vai vardarbība ģimenes locekļu starpā, izolācija no sabiedrības vai atbalstošu savstarpējo attiecību trūkums (PVO, 2016). Tas pats avots norāda arī faktorus, kas ietekmē iespējamību, ka bērns var kļūt par traumas upuri kopienas un sabiedrības līmenī. Šādi faktori var būt, piemēram, viegla piekļuve alkohalam un narkotiskajām vielām, sociālā nevienlīdzība, augsts bezdarba un nabadzības līmenis, vardarbība pret bērniem, nepilnīgs vai neeksistējošs tiesiskais regulējums attiecībā uz pornogrāfiju, prostitūciju un bērnu darbu, kā arī sociālie un kultūras standarti attiecībā uz vardarbību, tostarp fizisku sodu.

Bērnu posttraumatiskās reakcijas ietekmē ne tikai lielākā daļa no iepriekš minētajiem aspektiem, bet arī viņu temperaments un viņu ģimenes locekļu smaga trauksmes vai izmisumu stāvokļa piedzīvošana (īpaši maziem bērniem); pusaudžu reakciju veidu un norisi ietekmē arī atbildes reakcija ne tikai no ģimenes locekļiem, bet arī no saviem vienaudžiem. Traucējumu attīstības risku palielina tā paša veida traumas atkārtotāšanās vai hroniska psiholoģiski traumatiska situācija, kā arī agrāki traumatiski pārdzīvojumi un agrāki garīgi traucējumi (jo īpaši, ja nav tikusi nodrošināta palīdzība).

PTSS novērtējums

Lai bērns pārvarētu PTSS, svarīgi ir pēc iespējas ātrāk atklāt traucējumus, tāpēc ka, jo ātrāk tiek sniegta palīdzība, jo lielāka ir atveseļošanās iespējamība un jo mazāk resursu (piemēram, īsāka psihoterapija) ir nepieciešams. Jau šī iemesla dēļ vien jebkurā psihiatriskās un psiholoģiskās novērtēšanas praksē, strādājot ar bērniem un pusaudžiem, jāiekļauj jautājumi par iespējamu traumas pieredzi pat tad, ja nosūtījumā nav atsauces uz traumu (AACAP, 2010). Novērtējums ir iedalīts divās daļās: sākotnējais skrīnings un psiholoģiskais novērtējums. Tekstlodziņš:

Novērtējums nozīmē sistemātisku informācijas vākšanu par personas funkcionēšanu, tostarp par emocionālo stāvokli, garīgo attīstību un personību. Novērtējums tiek veikts, lai izprastu bērna problēmas/simptomus un plānotu psiholoģisko palīdzību.

Skrīnings – problēmu un/vai simptomu sākotnējais skrīnings (bieži vien ārpus klīniskās psiholoģijas un psihiatrijas konteksta, piemēram, to veic sociālais darbinieks vai ģimenes ārsts), kura laikā parasti izmanto īsas (pielāgotas un standartizētas) pārbaudes, kuras neaizņem daudz laika; mērķis ir atklāt potenciālos bērnus ar traucējumiem.

Psiholoģiskais novērtējums jeb izpēte – daudzpusīgs un rūpīgs traucējumu/grūtību novērtējums, izmantojot dažādas metodes, piemēram, klīnisko interviju (jautājumus par traucējumu raksturojumu), strukturētu vai daļēji strukturētu diagnostisko interviju, uzvedības novērošanu, standartizētus psiholoģiskos testus u.c.; mērķis ir novērtēt problēmu izpausmes raksturu un intensitāti un to, vai simptomi atbilst traucējumu kritērijiem. Psiholoģisko novērtējumu veic klīniskais psihologs.

NICE (2017) vadlīnijas par vardarbību un nevērību pret bērniem uzsver, ka saskaroties ar **bērniem, kuri ir pieredzējuši vardarbību vai ir bijuši pamesti novārtā, jāņem vērā šādi apstākļi:**

- viņi var nebūt gatavi runāt par savu pieredzi, jo jūtas vainīgi, apjukusi, nokaunējušies vai stigmatizēti; viņi baidās runāt, jo ir iebaidīti; viņi neuzskata šo pieredzi par vardarbību vai viņiem ir emocionālas piesaistes attiecības ar vainīgo (vardarbības veicēju), kuru viņi nevēlas pievilt;
- bērni un pusaudži bieži vien pauž savu pieredzi netiešā veidā – ar savu uzvedību, izskatu, traucējumu simptomiem;
- sarunai jābūt brīvai, neuzvedinot bērnu sniegt konkrētas atbildes, tas nozīmē, ka jāuzdod atvērti jautājumi un jāatturas no pieņēmumiem un aizspriedumiem;
- ja bērns/pusaudzis sāk runāt par vardarbību, jāņem vērā, ka viņš to varēja piedzīvot agrāk (tas var nebūt nesens notikums, par kuru bērns stāsta).

4. Psiholoģiskās palīdzības vispārīgie principi

Šajā nodaļā aprakstīti galvenie principi, kas jāievēro uz traumu fokusētā bērnu un pusaudžu psihoterapijā.

Palīdzība personai, kura tikusi pakļauta traumai, sākas ar atbilstošu psiholoģisku novērtējumu, kuram jābūt tik plašam, cik tas ir nepieciešams. Uz traumu fokusēta pieeja ir nepieciešama, ja bērnam vai pusaudzim rodas traumatiskiem traucējumiem raksturīgi simptomi, kas būtiski pasliktina spēju tikt galā ar ikdienas dzīvi un kuri sākas pēc traumas. Ļoti svarīgi ir ņemt vērā atkārtotas un/vai ilgstošas traumas sekas.

Citos gadījumos ir nepieciešams sekojošais: uzturēt kontaktu bez terapeitiskas iejaukšanās (tā saucamā rūpīgā novērošana, kas nozīmē tikšanos vai kontaktēšanos pa tālruni, lai novērtētu

stāvokli); psihoizglītošana (sniedzot informāciju un mācot prasmes) par traumas īslaicīgo un ilglaicīgo iedarbību un pamata pašpalīdzības metodēm; atbalstoša (nevis uz traumu fokusēta) psihoterapija vai konsultācijas, lai mazinātu traumu izraisītu diskomfortu; un/vai regulāra terapija (atbilstoši konstatētajām problēmām vai traucējumiem).

Traumu terapija (šajā kontekstā uz traumām fokusēta psihoterapija tās vispārīgajā nozīmē, neņemot vērā pamatteoriju vai modeli) ir jāintegrē pārējā iejaukšanās procesā (piemēram, ja bērns dodas uz psihoterapiju) un sadarbības tīkla izveidē (piemēram, gadījumā, ja ir vajadzīga sadarbība starp dažādām iestādēm). Terapijā ir jāiesaista bērnam nozīmīgi pieaugušie (neapsūdzētie ģimenes locekļi vai aprūpētāji), un tas jāveic sociālajam darbiniekam vai, ja institūcijas nav bijušas iesaistītas, speciālistam, pie kura bērns tika nosūtīts vispirms. Svarīgi ir dalīties ar informāciju, pamatojoties uz principu, ka tas ir svarīgi/noderīgi ikvienam sadarbības tīkla dalībniekam. Nepieciešams rūpīgi ievērot konfidencialitātes un klientu labklājības principus, kas nozīmē sniegt pēc iespējas vairāk informācijas, kas ir noderīga/nepieciešama klientam, un tajā pat laikā pēc iespējas mazākā apjomā, paturot prātā, ka, runājot par pašu notikumu, ir jābūt pēc iespējas lakoniskākam. Piemēram, ; sociālajam darbiniekam būtu noderīgi zināt pašreizējo bērna terapijas kursa (vai nu stabilizējoša, vai nu uz traumu fokusēta) stadiju, jo uz traumu fokusēta stadija prasa lielāku bērna iesaisti, taču nav svarīgi zināt, kas tiek apspriests katrā sesijā. Visbeidzot, sadarbības tīkla izveides nodrošināšanai svarīgi ir sniegt informāciju, kas ietekmē bērna spēju tikt galā ar traumatisko pieredzi – sniegt informāciju, kas palīdz izprast, atspoguļo bērna terapijas gaitu vai norāda uz nepieciešamību veidot bērnam vidi, kas atbalstītu atveseļošanos.

Bērniem/pusaudžiem/ģimenēm ir jābūt pieejamai traumu terapijai (piemēram, speciālistu nodrošināta informācija tīmeklī, vispārīga izpratne sabiedrībā), un tai jābūt piedāvātai kā izvēlei (t.i., bērnam/ģimenei un pusaudzim jānodrošina visaptveroša informācija par psihoterapijas iespējām un iespējām izdarīt izvēli; viņiem jābūt iespējai izvēlēties kādu no dažādajiem iejaukšanās iespējām); nepieciešams sadarboties ar ģimeni un dažādiem sadarbības tīkla dalībniekiem, kuri ir svarīgi bērnam un ģimenei; piemērotajām metodēm (sk. 6. nodaļu) jābūt standartizētām un apstiprinātām, kulturāli pieņemamām un bērna attīstības posmam atbilstošām.

Uz traumu fokusēta terapija ietver (neatkarīgi no iegūtās izglītības) izglītošanu par traumas ietekmi (mēs informējam, ka traumas brīdī var būt nepieciešama noteikta uzvedība, lai tiktu galā ar traumu, jo tā aizsargā no pārmērīga diskomforta, piemēram, disociatīva nošķirtība traumas laikā var pasargāt no traumatiska notikuma intensitātes, taču tā var neatbalstīt pielāgošanās spēju pēc traumas, un tad tā kļūst par izvairīšanos, kas nepieļauj nepieciešamo informācijas apstrādes procesu) un vērš uzmanību uz aspektiem, saistītiem ar traumu (raksturs, laiks un notikuma atkārtosšanās, iespējamība, ka trauma atkārtosies/turpināsies).

Traumatisko notikumu apstrādi drīkst veikt tikai tad, kad bērns/ģimene ir rūpīgi sagatavoti, bērnam/ģimenei ir atbalsta tīkls ārpus terapijas, kā arī tad, kad terapeitam ir atbilstoša apmācība, kompetence un uzraudzības atbalsts. Vispārīgais princips iekļauj arī traumas apstrādes uzsākšanu tikai pēc traumatiskā notikuma beigām (tas nozīmē, ka gadījumā, ja trauma turpinās, ieteicams vispirms nodrošināt drošību un tikai tad atbalstīt traumas pārvarēšanas procesu).

Traumu apstrādē jāņem vērā klienta gatavība tikt galā ar traumu. Svarīgi nodrošināt, lai terapeitiskā iejaukšanās nepārslogotu klientu emocionāli vai sensori, kā arī netiktu piemērota nestandarta prakse, kas nozīmē, ka sekmīgai ārstēšanai nepieciešams optimāli aktivizēt nervu

sistēmu (strādājot tā saukto tolerances logu ietvaros, Siegel, 1999). Tas nozīmē, ka pirms sākt apstrādi traumas terapijas ietvaros bērnam var būt nepieciešams atbalsts un prasme nomierināt savu nervu sistēmu (piemēram, elpošanas vingrinājumi ķermeņa nomierināšanai) vai iepriekšējs darbs, lai palielinātu aktivāciju (piemēram, izvairīšanās uzvedības mazināšana, tostarp disociatīvu simptomu pārvarēšana).

Traumu terapija jāpielāgo bērna/ģimenes situācijai, vecumam, dzimumam un dzimuma identitātei, kultūras tradīcijām, attīstības spējām, fiziskajai veselībai un īpašajām vajadzībām, kā arī personiskajām un ģimenes stiprajām pusēm un resursiem. Tas nozīmē, ka speciālistam, kas nodrošina traumu terapiju, jābūt elastīgam un spējīgam patstāvīgi plānot terapeitiskas ārstēšanas kursu, tāpēc ir ārkārtīgi svarīgi, lai traumu terapiju veiktu speciālists ar nepieciešamo izglītību un vispusīgu apmācību uz traumu fokusētās terapijas jomā (sk. 9. nodaļu).

Jāpatur prātā, ka traumu terapijai vienmēr jāstiprina bērna/ģimenes emocionālie resursi, nevis jātērē tie! Resursu tērēšana var notikt, piemēram, kad terapeits sasteidz stabilizācijas fāzi, pārejot pie apstrādes fāzes, kurai klients faktiski nav gatavs. Resursi tiek tērēti arī tad, ja terapeits nolemj strādāt tikai ar bērnu, neiesaistot ģimeni. Tādējādi tiek ievērojami paldzināts psihoterapijas ilgums un bērna/ģimenes optimālais atveseļošanās process var negūt nepieciešamo atbalstu. Tomēr ir jāapzinās, ka pat tad, ja terapija tiek veikta pareizi un tiek ņemta vērā klienta gatavība visos aspektos, traumas pārvarēšana nozīmē piedzīvot spēcīgas emocijas un mācīties tikt ar tām galā.

Bērnu/ģimeņu terapija traumu gadījumā, it īpaši kompleksas traumas gadījumā, balstās uz principu „ne tikai trauma”, kas nozīmē, ka traumas pārvarēšanai tiek ņemts vērā tas, kas notiek klienta apkārtējā vidē: traumu terapija ir elastīga laika un tēmas ziņā un tā pielāgojas klienta vajadzībām, cita starpā iekļaujot arī resursus ārpus terapijas, lai palīdzētu pārvarēt dažādas drošības problēmas.

Pēc nopietna nelaimes gadījuma vai katastrofas viena no iespējamajām iekļaušanās metodēm ir novērtējuma un terapijas veikšana skolā. Tomēr priekšnoteikums ir kopīga traumatiskā pieredze (bērni no vienas vai vairākām iestādēm ir iesaistīti vienā un tajā pašā nelaimes gadījumā) un vieglāka piekļuve šiem bērniem, piemēram, veicot skrīningu vai novērojot bērnu stāvokli viņu izglītības iestādē (skolā vai bērnudārzā).

Bērnu terapijas pamatā visupirms ir jābūt viņu simptomu faktiskajai smaguma pakāpei un spējai tikt ar to galā neatkarīgi no tā, vai viņiem ir vai nav diagnosticēts PTSS.

Vecāku iesaistīšana bērnu un pusaudžu traumu terapijā uzlabo terapijas rezultātus. Šādā gadījumā ir iespējams sniegt atbalstu vecākiem un pazemināt viņu stresa līmeni, kā arī iemācīt vecākiem nepieciešamās prasmes, lai viņi spētu sniegt atbalstu savam bērnam. Tādējādi ir iespējams arī identificēt vecāku veselības traucējumus, tostarp viņu traumējošo pieredzi vai nu saistībā ar attiecīgo notikumu, vai agrāku pieredzi, kas varētu būt palikusi neārstēta. Pēdējā gadījumā var būt lietderīgi nosūtīt vecāku uz individuālu terapiju.

Pirmais ieteikums to bērnu un pusaudžu ārstēšanā, kuri cieš no PTSS simptomiem, ir vienmēr piemērot uz traumu fokusētu psihoterapiju. Medikamenti ir sekundārā nozīme, un palīdzība ir jānodrošina, pamatojoties uz principu, ka, kamēr bērna simptomus var mazināt, veicot uz traumu fokusētu darbu, medikamenti netiek lietoti. Taču gadījumos, kad bērns ir, piemēram, tik nomākts un izrāda tik lielu pašnāvniecisku noslieci, ka viņa dzīvībai var draudēt briesmas, var apsvērt antidepresantu lietošanu. Medikamentu lietošana tiek apsvērta arī situācijā, kad bērna atbalsta tīkls ir nepilnīgs un tāpēc bērns nevar paļauties uz ārējiem resursiem. Šajā

gadījumā nepieciešamo atbalstu sniedz medikamenti. Farmakoloģiskā iejaukšanās nav ieteicama, ārstējot ar piesaisti saistītus traucējumus.

5. Ieteicamie terapijas modeļi darbā ar bērnu un pusaudžu traumām

Uz traumu fokusēta kognitīvi biheiviorālā terapija (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006) balstās uz mācīšanās un kognitīvajām teorijām un uz uzskatu, ka veidu, kā cilvēks jūtas un uzvedas konkrētā situācijā, ietekmē tas, kā viņš interpretē situāciju un sevi tajā. Uz traumu fokusētās kognitīvi biheiviorālās terapijas mērķis ir samazināt negatīvās emocionālās un uzvedības reakcijas, ko izraisa traumatiskā pieredze, un pielāgot neatbilstošus uzskatus un interpretācijas šajā sakarā, lai palielinātu drošības izjūtu. Vēl viens terapijas mērķis ir sniegt atbalstu nevardarbīgam vecākam un iemācīt viņam, kā efektīvi tikt galā ar saviem un bērna pārdzīvojumiem.

Uz traumu fokusētās kognitīvi biheiviorālās terapijas modelis ir paredzēts bērniem vecumā no 3 līdz 18 gadiem, tas sastāv no moduļiem, un terapijā tiek iesaistīts bērns/pusaudzis, kas bija pakļauts traumai, kā arī viņa vecāki/aprūpētāji.

- **Psihoizglītošana un bērna audzināšanas prasmes** – izglītošana par traumām, tipiskām reakcijām pēc traumas; reakciju normalizācija, atbalsts drošības un normālas uzvedības (tostarp veselīgas seksualitātes) jomā; cerību radīšana, motivēšana terapijai, tostarp runāšana par (agrīnas) iejaukšanās priekšrocībām; audzināšanas prasmju mācīšana.
- **Pašregulācijas prasmes** – kontrolēta elpošana, progresīvā muskuļu relaksācija, prasme paust emocijas, domu apturēšana un aizstāšana, ķermeņa simptomu pamanīšana, interpretēšana un mazināšana un citas iemaņas.
- **Emociju regulēšanas prasmes** – jūtu pamanīšana, atpazīšana un novirzīšana.
- **Kognitīvā pārvarēšana** – neatbilstošu uzskatu un interpretāciju (notikuma cēloņa, atbildības utt.) noteikšana un pārvarēšana, mācot kognitīvās pārvarēšanas prasmes (piemēram, iekšējo runu, pozitīvas domas).
- **Traumas stāsts** – traumas stāstījuma izveide, izmantojot pakāpenisku pieeju, kas, stāstot par traumu, ietver verbālu, rakstisku un/vai simbolisku elementu (tostarp leļļu, rotaļlietu izmantošanu). Stāstījuma izveide balstās uz laika grafīku, kas ietver periodu pirms traumas, periodu traumas laikā un periodu pēc traumas.
- **Pakļaušana “palaidējmehānismu” jeb trigeru iedarbībai/pierašana pie tiem *in vivo*** (reālā situācijā) **un iztēlē** – tikšana galā ar traumatiskas reakcijas “palaidējmehānismiem”, lai iemācītu bērnam atšķirt īstas briesmas no iedomātām (kas rodas no atmiņām par traumu) un izmēģināt tās uzvedībā. Šeit ir būtiski uzsvērt, ka cilvēks tiek pakļauts nevis traumatiskajai pieredzei, bet gan “palaidējmehānismiem”. Piemēram, ja traumatiskā pieredze ir uzbrukums parkā, tad persona netiek pakļauta uzbrukuma pieredzei, bet gan būšanai parkā, jo būšana parkā tagad ir kļuvusi par traumatiskas atmiņas triggeri.
- **Kopīgas vecāku un bērnu sesijas** – vecāki piedalās terapijas procesā paralēli (pēc katras sesijas) bērna sesijām un kopīgajos apmeklējumos; vecāki tiek mudināti izmantot terapijā apgūto mājās – kļūt par tā saucamo mājas terapeitu bērnam; tās ietver vecāku izglītošanu, mācīšanu, kā tikt galā ar simptomiem, pamanīt, ka ir nepieciešama palīdzība, un sniegt bērnam palīdzību, kā arī ģimenes locekļu savstarpējās saziņas veicināšanu (ieskaitot jaunas aktivitātes un spēles).
- **Izaugsme un attīstība nākotnē** – fokusēšanās uz drošības saglabāšanu nākotnē, atbilstošu prasmju apguve un izpratnes par vardarbību un tās novēršanas iespējām veidošana.

EMDR (Desensibilizācija un traumu pārstrāde ar acu kustībām; Shapiro, 1989; 1993; Greenwald, 1993) ir integrējoša terapeitiska metode, kas veicina traumatisko atmiņu un PTSS

simptomu pārvarēšanu – tā aktivizē un vada traumu apstrādi, veicina ar traumām saistītas adaptīvas interpretācijas/nozīmes un alternatīvas pozitīvas pārlicības, samierināšanās stratēģijas un uzvedības. Šī metode integrē bilaterālās stimulācijas (BLS) tehniku, piemērojot psihodinamiskās, kognitīvi biheiviorālās, interpersonālās, pieredzes un somatiskās terapijas tehnikas. BLS tehniku versijas ietver, piemēram, mainīgas acu ābolu kustības, mainīgu skaņas un/vai gaismas signālu novērošanu, bērniem bieži mainīgus vieglus piesitienus (piemēram, plaukstu aizmugurē).

EMDR pamatā ir uzskats, ka traumatisku notikumu dēļ personas dabiskie kognitīvie un neiroloģiskie pārvarēšanas mehānismi var tikt pārslogoti, tādēļ atmiņu, kas rodas no piedzīvotajiem notikumiem, apstrāde smadzenēs ir nepietiekama (atmiņas tiek glabātas izolētā atmiņas tīklā). EMDR mērķis ir apstrādāt traumatiskās atmiņas saskaņā ar astoņu posmu pieeju, tādējādi samazinot atmiņu negatīvo ietekmi un palīdzot klientiem izstrādāt jaunus pārvarēšanas mehānismus.

8 terapijas fāzes

- **I fāze. Datu apkopošana apstākļu noteikšanai** – psiholoģiskais novērtējums, gatavības terapijai novērtējums un terapijas plāna apspriešana, tostarp potenciālo mērķu (satraucošs temats, notikums, sajūta vai atmiņa) un neatbilstošu uzskatu noteikšana.
- **II fāze. Sagatavošanās** – prasmju apgūšana, lai tiktu galā ar apstrādi (pozitīvie resursi), piemēram, „drošas vietas” izveide – tēls, atmiņa vai sajūta, kas liek justies ērti un rada pozitīvu pašuztveri. Drošu vietu izmanto arī, lai apkopotu terapijas sesiju, kuras laikā netika pabeigtas aktivitātes.
- **III fāze. Novērtējums** – tā saucamo momentuzņēmumu identificēšana, kas atspoguļo mērķi un ar to saistītos traucējumus, ar to saistītos negatīvos kognitīvos procesus un kontrastējošos pozitīvos kognitīvos procesus.
- **IV fāze. Desensibilizācija** – momentuzņēmumu apstrāde, piemērojot bilaterālo stimulāciju, kas nozīmē vienlaicīgu atmiņas vizualizāciju, koncentrējoties uz ķermeņa simptomiem, bilaterālās stimulācijas novērošanu un negatīvu kognitīvo procesu atkārtotāšanu pārdomās.
- **V fāze. Ieviešana** – pozitīvie kognitīvie procesi tiek ieviesti, izmantojot bilaterālo stimulāciju.
- **VI fāze. Ķermeņa skenēšana** – organisma uzraudzība, lai noteiktu sāpju, stresa vai diskomforta sajūtu ķermenī, kas atklāšanas gadījumā tiek apstrādāta, izmantojot bilaterālo stimulāciju.
- **VII fāze. Noslēgums** – dalīšanās pieredzē (tā sauktā iztaujāšana), nepieciešamības gadījumā terapeits sniedz informāciju un atbalstu.
- **VIII fāze. Atkārtotais novērtējums** – atkārtotais novērtējums un terapijas pabeigšana. Tiek izvērtēti traucējumi, kas saistīti ar iepriekšējās sesijās izskatītajiem jautājumiem.

Citas terapijas metodes darbā ar traumām pakļautiem bērniem un pusaudžiem un viņu ģimenēm.

Ģimenes terapija – balstīta uz vairākām teorijām un modeļiem (tostarp sistēmu teoriju, komunikācijas teoriju u.c.). Tā ir psihoterapijas skola, kuras mērķis ir sistemātiski atrisināt problēmas, kas rodas personām attiecībās ar viņu tuviniekiem un citām svarīgām personām. Ģimenes psihoterapija ir sadarbība ar klientu un grupu, kas veido klienta tuvāko dzīves vidi, tas ir, ģimeni, un tās laikā terapeits apzināti un mērķtiecīgi izmanto psiholoģiskās tehnikas, lai palīdzētu klientam un viņa ģimenei izprast un mainīt savstarpējās attiecības, komunikācijas modeļus, emocijas, savstarpējo uztveri, lomas koncepcijas un lomu uzvedību, tiecoties samazināt simptomātisku/problemātisku uzvedību. Svarīgi ir izglītēt ģimenes locekļus par

klienta problēmām un iemācīt paņēmienus, kas palīdzēs tikt ar tām galā.

Traumu terapijas kontekstā ģimenes terapija tiek izmantota kā tā saucamā atbalstošā metode, kas tiek izmantota kopā ar uz traumu fokusētu iejaukšanos, un ģimenes terapeitiskā iejaukšanās ir integrējoša modeļa sastāvdaļa. Piemērs tam ir mātes un bērna mijiedarbības terapija (Hembree-Kigin, McNeil, 1995), kura ir fokusēta arī uz iespējamām uzvedības problēmām pēc traumas piedzīvošanas. Modeļa mērķis ir mācīt bērna audzināšanas prasmes biheiviorālā veidā tā saucamajā “šeit un tagad” formātā, kas nozīmē, ka vecākiem tiek dots uzdevums regulēt bērna uzvedību pašreizējā brīdī.

Grupās terapija – šajā kontekstā tā nav metode kā tāda, bet drīzāk formāts. Pastāv dažādi uz traumu fokusēti grupas terapijas modeļi, tostarp tie, kuru pamatā ir kognitīvi biheiviorālā terapija, kā arī integratīvi terapijas modeļi. Grupas terapija ir ieteicama skolas vecuma bērniem situācijā, kad trauma ir bērnu kopīga pieredze (vai nu attiecībā uz notikumu, vai mērķa grupu) (NICE, 2018), bet tā var būt noderīga arī vecākiem, kuru bērni ir bijuši pakļauti traumai (tomēr jāatceras, ka darbs tikai ar vecākiem nemazina bērna posttraumatiskos simptomus). Jebkurā gadījumā grupas terapija ir piemērota palīdzības metode situācijā, kad cilvēkiem ir bijusi kopīga traumatiska pieredze.

Spēļu terapija – traumu kontekstā arī šī ir nevis kā atsevišķa metode, bet gan formāts. Bērnam rotaļas ir dabiska vide, kurā vieglāk izpaust sevi un īstenot emocionālas un uzvedības pārmaiņas. Spēļu terapija apvieno spontānu rotaļāšanos ar strukturētām darbībām, lai sasniegtu terapijā nospraustos mērķus (Gil, Johnson, 1993). Šādi mērķi ir, piemēram, izpratnes par savu iekšējo pasauli veicināšana, bērna spēju atbilstoši reaģēt uz savām vajadzībām atbalstīšana, bērna saiknes ar bērnam svarīgām personām, tostarp vecākiem, stiprināšana un iekšējo resursu attīstības stimulēšana (Saunders, 2003). Traumu kontekstā spēļu terapija aptver tikšanu galā ar jūtām un domām, kas saistītas ar traumu, un atbalstu, tiekot galā ar traumas ietekmi.

Naratīvā ekspozīcijas terapija (Schauer et al., 2011) – galvenais mērķis ir palīdzēt cilvēkiem, kas piedzīvojuši traumas, aprakstīt savu pieredzi un radīt patiesu, saskaņotu un laika ziņā precīzu stāstījumu par savu dzīvi, kuras dabiskā daļa ir šī traumatiskā pieredze. Svarīgi ir emocionāli apstrādāt traumatisko pieredzi tā, lai tā dabiski iekļautos kopējā dzīves stāstā. Papildus stāstījuma izveidei terapijas procesā tiek izmantotas arī kognitīvi biheiviorālās terapijas metodes. Pastāv bērniem pielāgots modelis KidNET, kas ievērojami samazina PTSS simptomus (Ruf et al., 2010).

Radošas/ekspresīvas mākslas terapijas – tās apvieno mākslas, mūzikas, dejas/kustības, drāmas un dzejas mērķtiecīgu izmantošanu psihoterapijas kontekstā (Foa et al., 2009). Radošajām metodēm piemīt tā saucamajām tradicionālajām psihoterapijas tehnikām līdzvērtīga funkcija. Piemēram, radošas domas par traumu ir vairāk vai mazāk līdzīgas iedomātai iedarbībai, un iedomāta pieredzes izpausme dažādos veidos (piemēram, lomu spēlē) būtiski ietekmē ar traumu saistītu kognitīvo procesu pārstrukturēšanu. Radošās mākslas terapijas koncentrējas arī uz pašregulācijas prasmju mācīšanu un resursu pilnveidošanu, izmantojot sensoro un somatisko pieeju.

Radošās metodes nodrošina veidu, kā izpaust savu traumatisko pieredzi, un tā ir normalizējoša pieredze, it īpaši bērniem. Svarīgi, lai tās sniegtu iespēju realizēt terapiju situācijās, kad kādu iemeslu dēļ saziņa ir traucēta (piemēram, nepietiekama valodas prasme vai kultūras atšķirības). Izmantojot radošās metodes traumu terapijas kontekstā, jāpatur prātā, ka tās drīkst pielietot speciālists, kurš ir izgājis speciālu apmācību un ieguvis psihoterapeita izglītību un uz traumu

fokusētas radošās mākslas terapijas apmācību, ka klientam ir jāpiedalās brīvprātīgi un ka radošajai mākslas terapijai jābūt veiktai sadarbībā ar/saskaņojot ar citām pielietotajām terapijas metodēm un citiem terapeitiem (Foa et al., 2009).

6. Speciālistu, kas sniedz uz traumu fokusētu psiholoģisko palīdzību, kompetence

Kompetence ir definēta kā saziņas, zināšanu, tehnisko prasmju, klīniskās motivācijas, emociju, vērtību un pārdomu ierasta un saprātīga izmantošana ikdienas praksē ar mērķi palīdzēt indivīdam un sabiedrībai, kas tiek apkalpota (Epstein, Hundert, 2002, 227. lpp. atsauce uz APA, 2015).

Šī nodaļa attiecas uz kompetencēm, kas nepieciešamas darbā ar traumu, proti, minimālās nepieciešamās zināšanas, attieksmes un prasmes, lai palīdzētu cilvēkiem, kuri bijuši pakļauti traumai. Turpmāk tekstā ir sniegts Amerikas Psihologu asociācijas (APA, 2015) izstrādāto vadlīniju pārskats, kurā noteiktas minimālās kompetences prasības psihologiem darbam ar traumām. Protams, jāpatur prātā, ka šādu dokumentu nevar izmantot ārpus izcelsmes valsts bez pielāgošanas. Ieteicams apspriest nepieciešamo kompetenci Latvijā un šajā diskusijā iesaistīt praktiķus, izglītības iestāžu pārstāvjus, kā arī iestādes, kas pārvalda šo jomu.

Speciālistam, kas strādā ar personām, kuras ir bijušas pakļautas traumām, jābūt sagatavotam izprast traumas ietekmi uz personu un personas veselību kopumā un reakcijas, kas radušās traumas dēļ, un, pamatojoties uz to, jāveic traumas novērtējums un jāpiemēro iejaukšanās process, ņemot vērā individuālās, kulturālās un citas iezīmes. Cita starpā psihologam/psihoterapeitam ir jāspēj ņemt vērā ar attiecībām saistītie attīstības faktori (galvenokārt veids, kā trauma ietekmē ģimenes funkcionēšanu) un ar traumu saistītās grūtības (piemēram, traucējumu izraisītas blakusslimības, dažādu uzvedības izpausmju nozīme traumas kontekstā u.c.). Psihologam ir jāzina, kā novērtēt traumas ietekmi terapijā, sākot ar terapeitisko attiecību izveidošanu un uzturēšanu līdz atbilstošas iejaukšanās metodes izvēlei un piemērošanai, un jābūt gatavam pielāgot terapijas procesu atbilstoši tās personas vajadzībām un gatavībai, kurai nepieciešama palīdzība. Vēl viena būtiska prasme ir ņemt vērā, novērtēt un atbalstīt traumai pakļautās personas emocionālos resursus – personas personīgās stiprās puses, izturību un attīstības potenciālu pēc traumas.

Terapeita kompetencēm ir jāiekļauj arī viņa pašrefleksijas spēja (tas ir ļoti būtiski, jo emocionālā slodze, kas rodas darbā, ir milzīga un darbs ir ļoti intensīvs), kompetenču atjaunināšanas spēja un spēja strādāt sadarbības tīklā ar speciālistiem, kas ir piesaistīti palīdzības nodrošināšanai.

Īpašas uz traumu fokusētas kompetences var iedalīt piecās apakškategorijās:

I Zinātniskas zināšanas par traumām – traumu izplatība, traumas ietekme uz indivīdu, attiecībām un plašākām cilvēku grupām; riska mērķgrupas; mehānismi, kā cilvēki reaģē uz traumu; uz pierādījumiem balstīta iejaukšanās; prasme kritiski izvērtēt publikācijas par traumu un traumatiskiem traucējumiem; prasme likt klientam izprast uz pierādījumiem balstītas zināšanas.

II Psihosociālās novērtēšanas kompetences – gatavība uzdot visiem klientiem jautājumus par traumatisku pieredzi; traumas gadījumu un seku novērtēšana dažādu traumatisku notikumu gadījumā; traumai specifisku simptomu (piemēram, disociācijas, izvairīšanās, “palaidējmehānismu” jeb triggeru) iekļaušana novērtēšanas laikā; stipro pušu, resursu

novērtēšana; kultūras, vecuma grupas un citu kontekstuālo seku iekļaušana novērtējumā; novērtēšanas procesa pielāgošana mērķa grupai un pieredzētās traumas veidam; novērtēšanas instrumentu kritisks izvērtējums.

III Psiholoģiskās iejaukšanās kompetences – zināšanas par empīriski pētītiem iejaukšanās veidiem (psiholoģiska, farmakoloģiska, somatiska), ārstējot ar traumu saistītus traucējumus; prasmes kritiski izvērtēt personu, kurai nepieciešama palīdzība, adaptējot iejaukšanās metodi (kāda veida iejaukšanās, kādā laika posmā, kuram klientam u.c.), un novērtēt šīs metodes ietekmi terapijas procesa laikā; izpratne par pārmaiņu procesa elementiem un mehānismiem; spēja tikt galā ar citas personas pieredzi, nenosodot un sniedzot atbalstu (empātija, cieņa), un izteikt pārliecību par atveseļošanos; spēja izvairīties no izvairīšanās psihoterapijā, t.i., būt atklātam un konsekventam; spēja sadarboties ar personas, kura tikusi pakļauta traumai, ģimeni un sociālo tīklu, kā arī ar citiem speciālistiem; spēja izveidot un uzturēt terapeitiskas attiecības, kas veicina drošību, uzticību un atklātību.

IV Profesionālās kompetences – prasme savā darbā sensitīvi ņemt vērā tiesību aktus un citus noteikumus, ko nosaka ārējās sistēmas prasības un to ietekmi uz personu, kura tikusi pakļauta traumai (piemēram, procesuālās darbības izmeklēšanā; konfidencialitāte; prasības, kas izriet no tiesību aktiem u.c.); sensitīva ētisko aspektu apsvēršana un piemērošana; zināšanu par traumatisko pieredzi apmaiņa plašākā līmenī (publiskā informācijas telpā, iestādēs u.c.).

V Kompetences, kas saistītas ar attiecībām un plašāku sadarbības speciālistu tīklu – izpratne par to, kā trauma ietekmē attiecību tīklu (sistemātiska traumas iedarbība); gatavība sadarboties dažādos līmeņos tajās sociālajās sistēmās (piemēram, ģimene, klasesbiedri, piesaistītie speciālisti), kurās ir iesaistīta persona, kura tikusi pakļauta traumai; gatavība piemērot starpdisciplināru iejaukšanos atbilstoši traumai pakļautās personas vajadzībām; prasme izglītēt dažādas mērķgrupas par traumu (sākot no viena klienta līdz pat plašākām grupām, ko ietekmē trauma, piemēram, organizācijai); izpratne par to, kā dažādas sistēmas (ģimene, iestādes, kopiena) var ietekmēt primāro un sekundāro traumatisko pieredzi, un, ja nepieciešams, gatavība iejaukties ar mērķi novērst vai palīdzēt; izpratne par to, kā dažādas attiecību sistēmas var palīdzēt stiprināt izturību traumatiskās pieredzes situācijā, un prasmes to piemērot.

7. Apmācība un uzraudzība speciālistiem, kas veic terapeitisko darbu

Speciālisti, kas strādā ar traumētām mērķa grupām, it īpaši ar bērniem, ir pakļauti potenciālam emocionālam riskam: izdegšanai, kā arī līdzjutības nogurumam, t.i., līdzjutības izraisītai traumatizācijai (McCann, Pearlman, 1990). Pēdējā ir raksturīga speciālistiem, kas strādā ar traumu guvušiem klientiem – tā attiecas uz emocionālās spriedzes stāvokli, kas rodas, uzklusot citu personu ārkārtīgi sarežģīto un grūto pieredzi un izjutot līdzjutību viņu sāpju, baiļu un šausmu dēļ. Šis spriedzes stāvoklis var izpausties personisku simptomu līmenī dažādos veidos, un tas ietekmē speciālista paštēlu, pasaules uztveri, psiholoģiskās vajadzības un uzskatus.

Vislielākajam riskam pakļauti terapeiti iesācēji (Ghahramanlou, Brodbeck, 2000; Pearlman, MacIan, 1995; atsauce uz UKPTS, 2017); terapeiti ar personisku traumu pieredzi (Jenkins, Baird, 2002; Van Deusen, Way, 2006; Cunningham, 2003; atsauce uz UKPTS, 2017); kā arī speciālisti ar plašu traumas guvušu pacientu loku (Schauben, Frajer, 1995; atsauce uz UKPTS, 2017).

Apvienotās Karalistes Psiholoģisko traumu biedrības publicētajās vadlīnijās (2017) par iejaukšanos kompleksā PTSS gadījumā ir sniegti ieteikumi, kā mazināt līdzjūtības izraisītu traumatizāciju:

- agrīno traumatizācijas pazīmju pārzināšana un pamanīšana;
- regulāra uzraudzība;
- kolēģu atbalsts, strādājot komandā, tostarp pašpalīdzības (atbalsta) grupas darba vietā;
- slodzes mazināšana (ierobežot ar traumu saistīto gadījumu skaitu);
- darba laika pārvaldība (dienu, nedēļu un plašākā nozīmē);
- līdzsvarota profesionālā un privātā dzīve;
- iespēja iziet regulāras kvalifikācijas celšanas apmācības.

Palīdzības sniegšana citām personām ir ārkārtīgi pozitīvs, taču arī emocionāli smags darbs. Tāpēc ir svarīgi, lai speciālisti, kuru darbs ir saistīts ar traumu novēršanu, apzinātos riskus, kādiem viņi ir pakļauti, un būtu gatavi novērst pārmērīgu emocionālo slodzi, kā arī tikt ar to galā. Svarīgi ir arī nodrošināt kolēģu atbalstu un uzraudzīt vienu otru, kā arī darba devējiem piemērot preventīvus pasākumus un palīdzēt pārslodzes gadījumā (piemēram, uzraudzības, kvalifikācijas celšanas apmācības nodrošināšana, pašpalīdzība; rūpīgi pārdomāts un elastīgs darba laiks un fiziskās aktivitātes).

11. Kas jāzina vecākam izvēloties psihologu?

1. Saskaņā ar psihologu likumu, tiesības veikt patstāvīgu psihologa profesionālo darbību Latvijā apliecina:

1. Augstākās izglītības diploms par akreditētas bakalaura studiju programmas un akreditētas maģistra studiju programmas psiholoģijā apguvi vismaz 200 kredītpunktu apjomā (vismaz vienai no šīm programmām jābūt profesionālajai studiju programmai);
2. Reģistrācija Psihologu reģistrā;
3. Psihologa sertifikāts noteiktā profesionālās darbības jomā:
 - 1) izglītības un skolu psiholoģija;
 - 2) darba un organizāciju psiholoģija;
 - 3) klīniskā un veselības psiholoģija;
 - 4) juridiskā psiholoģija;
 - 5) konsultatīvā psiholoģija;
 - 6) militārā psiholoģija.

No 2020. gada 1. janvāra visām personām, kas veic psihologa profesionālo darbību, jābūt reģistrētām Psihologu reģistrā, lai nodrošinātu psihologu profesionālās darbības uzraudzībai nepieciešamās informācijas apriti.

Psihologi, kuri ir ieguvuši nepieciešamo izglītību un ir reģistrēti psihologu reģistrā, bet vēl nav ieguvuši sertifikātu noteiktā profesionālās darbības jomā, praktizē psihologa-pārrauga vadībā.

Latvijā par psihologu reģistrēšanu, sertificēšanu un citiem ar psihologu profesionālās darbības uzraudzības jautājumiem atbild Izglītības kvalitātes valsts dienests (www.ikvd.gov.lv).

2. Latvijas Republikas likumdošana nosaka, ka ikvienam psihologam, kurš strādā ar bērniem, jābūt apguvušam 40 stundu profesionālās kvalifikācijas pilnveides programmu, kas izstrādāta saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 5.1 panta otro daļu un prasībām MK noteikumos Nr. 173 (01.04.2014.). „Noteikumi par kārtību, kādā apgūst speciālās zināšanas bērnu tiesību aizsardzības jomā, šo zināšanu saturu un apjomu”. Ik pēc 5 gadiem zināšanas ir jāatjauno, par šo kursu apgūšanu psihologam ir izsniegts apliecinājums.

Augstāk minētā informācija norāda uz psihologa izglītību un darbības jomu, kā arī nepieciešamajām zināšanām, lai strādātu ar bērniem, tomēr ne visiem psihologiem, arī vienā darbības jomā strādājošiem ir zināšanas un pieredze, lai strādātu ar bērniem, kuriem ir traumatiska vai vardarbības pieredze, tādēļ vecākiem būtu jāņem vērā arī zemāk minētā informācija.

3. Ņemot vērā, ka darbs ar traumatisku pieredzi paredz nepieciešamību pēc specifiskām zināšanām, visbiežāk psihologi ar specializāciju klīniskā un veselības psiholoģijā (psihologa profesionālās darbības jomas aprakstā ir tieši minēts darbs ar traumu un vardarbību) strādās ar cilvēkiem, kuriem ir traumatiska vai vardarbības pieredze. Var būt situācijas, kad psiholoģisku palīdzību nodrošina arī kādā citā psihologa profesionālās darbības jomā strādājošs psihologs (piemēram, izglītības un skolu psihologs, konsultatīvais psihologs vai cits).
- Neskatoties uz darbības jomu, kurā psihologs praktizē (bieži psihologs praktizē 2 vai vairākās jomās), psihologam, kurš strādā ar klientu, kuram ir traumatiska un vardarbības pieredze, **būtu jābūt apguvušam specifiskas zināšanas darbam ar traumu un vardarbību un to sekām.**

Piemēram: Ministru kabineta noteikumi Nr.291 "Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem", nosaka, ka "No prettiesiskām darbībām cietušiem bērniem sociālos pakalpojumus viņu dzīvesvietā sniedz psihologs, psihoterapeits vai sociālais darbinieks (turpmāk — speciālists), kas ir apguvis mācību programmu no vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijai un ieguvis attiecīgu sertifikātu".

- Augstāk minētie MK noteikumi šobrīd nenorāda konkrētas programmas, to apjomu un saturu, tomēr tiek paredzēts, ka, lai strādātu vardarbības seku mazināšanas jomā ar bērnu, ir nepieciešamas specifiskas zināšanas. To var attiecināt arī uz situācijām, kad tiek nodrošināta psiholoģiska palīdzība klientam, kuram ir traumatiska pieredze.
- Visbiežāk psihologi, kuri strādā ar klientiem, kuriem ir traumatiska un/vai vardarbības pieredze, ir apguvuši kādu papildus mācību programmu vai guvuši pieredzi, strādājot pieredzējuša pārrauga vadībā.

12. Kas jāzina vecākiem izvēloties psihoterapeitu?

- Sazinoties ar psihoterapeitu, jānoskaidro, vai viņš strādā ar bērniem un kādas ir šī konkrētā terapijas virziena darba metodes. Ir vairāki psihoterapijas virzieni, darba metodes un darba formas, kas tiek vērtētas kā piemērotākas darbam ar traumu un vardarbību, daļa ir minēti e-platformas sadaļā "**Psiholoģiskās palīdzības vispārīgie principi**". Daļa psihoterapijas virzienu nestrādā ar bērniem pirmspubertātes vecumā, tomēr, ja bērns ir piedzīvojis traumatisku notikumu un/vai vardarbību, visbiežāk viņam var būt nepieciešama terapija, lai mazinātu traumas sekas.
- Psihoterapeita kompetence – tas nozīmē noteikta psihoterapijas virziena izsniegtu kompetences sertifikātu. Katram psihoterapijas virzienam ir sava asociācija (biedrība), kas reģistrē gan esošus psihoterapeitus, gan psihoterapeitus apmācībā, kā arī ir organizācijas, kas apvieno vairāku psihoterapijas virzienu pārstāvjus. Parasti asociācijas savās mājas lapās arī sniedz informāciju par konkrētā psihoterapijas virziena rašanās vēsturi, teorētisko ietvaru u.c. būtiskiem jautājumiem.
- Latvijā šobrīd ir Latvijas Psihoterapeitu Biedrība (LPB) (Latvijas psihoterapeitu profesionālā jumta organizācija, kas tai skaitā arī apliecina savu biedru profesionalitātes atbilstību EPA (Eiropas Psihoterapeitu asociācijas) standartiem) un Latvijas Ārstu psihoterapeitu asociācija (LĀPA) (apvieno ārstus psihoterapeitus). Latvijas Kognitīvi biheiviorālās terapijas asociācija šobrīd nav iestājusies Latvijas Psihoterapeitu Biedrībā.

- Pasaules prakse ir, ka psihoterapeita sertifikātu iegūst papildus jau iegūtai specialitātei, piemēram, psihologi, ārsti (visbiežāk psihiatri), sociālie darbinieki, psihiatrijas medmāsas u.c. •Psihoterapijas studijas ilgst vairākus gadus, ietverot gan teorētisko zināšanu, gan praktisko iemaņu apguvi, supervīziju pieredzējuša psihoterapeita vadībā, ētikas jautājumu risināšanu un personīgo pašterapiju psihoterapeitam.
- Psihoterapija parasti ir vērsta uz noturīgu personības pārmaiņu veicināšanu, klienta dzīves kvalitātes uzlabošanu, tai skaitā labāk apzinoties savas vajadzības, attiecību ar citiem veidošanas modeļus.

10. Valsts un pašvaldības nodrošinātais atbalsts vardarbībā cietušajiem bērniem Latvijā

- Latvijā valsts nodrošina katram vardarbībā cietušam bērnam 10 apmaksātas sociālās rehabilitācijas konsultācijas, šo pakalpojumu nodrošina Sociālais dienests, koordinē Latvijas Bērnu fonds.
- Sociālo rehabilitāciju nodrošina gan dzīvesvietā (ambulatoras konsultācijas), gan institūcijā (krīzes centrā) – 30 dienas. Ja bērns ir cietis no prettiesiskām darbībām un ir ierosināts kriminālprocess, bērns institūcijā var uzturēties 60 dienas.
- Vienmēr ir rūpīgi jāvērtē, kurš no abiem pakalpojumiem atbilst bērna labākajām interesēm!
- Ierobežotā terapijas laikā (piemēram, 10 konsultācijās) ir iespējams strādāt ar noteiktu grūtību/simptomu un sasniegt noteiktu terapijas mērķi, bet bieži darbā ar vardarbībā cietušu bērnu ir jāsasniedz vairāki mērķi, piemēram, gan traumas simptomu mazināšana, gan autonomijas jeb pašnoteikšanās un pašvērtējuma stiprināšana. Visbiežāk bērnam ar ilgstošu vardarbības pieredzi ir nepieciešama ilgstošāka terapija. (Piemēram, kaimiņvalstīs Igaunijā un Polijā, kad bērns ir piedzīvojis seksuālu vardarbību, pēc nepieciešamības tiek nodrošināta kompleksa palīdzība bērnam un ģimenei gada un vairāku garumā).
- Arī lielākā daļa pašvaldību (sava budžeta ietvaros) nodrošina psiholoģisku palīdzību pašvaldības iedzīvotājiem - gan bērniem, gan pieaugušajiem. Pašvaldības Sociālais dienests var pieņemt darbā/štatā savu speciālistu (psihologu/psihoterapeitu) vai arī pirkt pakalpojumu no pakalpojuma sniedzēja (arī citā pašvaldībā praktizējoša).
- Lai saņemtu psiholoģisku palīdzību savam bērnam, jāvēršas savas pašvaldības Sociālajā dienestā pie sociālā darbinieka, kurš strādā ar ģimenēm ar bērniem un jākonsultējas par iespējām saņemt valsts vai/un pašvaldības nodrošinātu palīdzību savam bērnam. Sociālais dienests vardarbības gadījumos un krīzes situācijās strādā ar jebkuru ģimeni, kurai ir nepieciešama palīdzība, neatkarīgi no tās ienākumu līmeņa.
- Ir pašvaldības, kuras nodrošina grupu terapijas nodarbības bērniem ar traumatisku vai vardarbības pieredzi un viņu vecākiem. Arī šāda palīdzība bērnam un ģimenei var būt noderīga, jo tā veicina komunikācijas un citas sociālas prasmes, mazina bērna un ģimenes izolētību.