

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Kelli Riim

Posttraumaatilise stressihäire ja kompleks-posttraumaatilise stressihäire või traumajärgse stressihäire hindamisvahendi *International Trauma Interview* kohandamine eesti keelde: pilootprojekt

Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs, MA

Läbiv pealkiri: Traumaintervjuu kohandamine

Tartu 2021

Posttraumaatilise stressihäire ja kompleks-posttraumaatilise stressihäire või traumajärgse stressihäire hindamisvahendi *International Trauma Interview* kohandamine eesti keelde: pilootprojekt

Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärgiks oli adapteerida kompleks-posttraumaatilise stressihäire hindamisvahend Rahvusvaheline Traumaintervjuu (*International Trauma Interview* ehk ITI) eesti keelde. Esmalt tõlkisin hindamisvahendi eesti keelde. Seejärel vaatasid tõlke üle ja andsid omapoolsed soovitused ekspertrühma liikmed. Ekspertühma soovitustel põhinevat tõlget parandasime koostöös uurimistöö juhendajaga. Hindamisvahendi esimest eestikeelset versiooni kasutati valimis, kuhu kuulusid kümme traumakogemusega patsienti, et tuvastada võimalikke puudujääke tõlkes ning hinnata kasutusmugavust. Hindamisvahendit kasutanud ekspertide tagasisidest selgus, et RTI-s esinevad nii mõnedki puudujäägid, millega tuleks hindamisvahendi edasisel arendamisel arvestada.

Märksõnad: kompleks-posttraumaatiline stressihäire, Rahvusvaheline traumaintervjuu, RTI, adapteerimine, tõlkimine, struktureeritud intervjuu

The Adaption of International Trauma Interview into the Estonian Language: A Pilot Study

Abstract

The aim of this thesis was to produce an Estonian version of International Trauma Interview. First, the English version was translated into Estonian. Then it was sent to a team of experts who reviewed the translation and gave relevant suggestions. Based on that we comprised the final version of the translation. The Estonian version of International Trauma Interview was tested on a sample of ten patients who had trauma experience. We gathered information about ITI's about user experience for both the interviewer and the interviewee. Based on the feedback gathered from experts who used the interview, it is clear that the development of the current version of ITI must be continued and the interview remains a subject to change.

Keywords: complex posttraumatic stress disorder, International Trauma Interview, ITI, adaption, translation, structured interview

Sissejuhatus

Posttraumaatiline stressihäire (PTSH) on häire, mille tekkepõhjuseks on traumaatiline sündmus, kogemus või olukord (APA, 2013). Selleks võib olla üks konkreetne traumaatiline sündmus, sündmuste jada, hirmuäratav ja väljapääsmatu olukord, kuid ka mõne lähedase inimese läbi elatud traumaatilise sündmusest teada saamine või tööalane tegevus, mis sisaldab traumaatilisi aspekte. PTSH diagnoos võeti kasutusele DSM-III väljaandes, mis avaldati 1980. aastal (APA, 1980). DSM-V järgi kuuluvad PTSH sümptomite hulka traumaatilise sündmuse taas läbielamine (nt mälusähvatuses, unenägudes), traumameenutajate vältimine (või püüd neid vältida), negatiivsed muutused meeleolus ja mõtlemises (APA, 2013). Eelnimetatud sümptomite kestus peab olema vähemalt 1 kuu ning põhjustama inimesele raskusi tööl, kodus või mõnes muus olulises eluvaldkonnas funktsioneerimises. RHK-10-s käsitletud PTSH sümptomid on traumaatilise sündmuse taas läbielamine, emotsionaalne tuimus, eraldumine teistest inimestest, traumameenutavate väliste stiimulite vältimine, traumaga seotud tunnete ja mõtete vältimine (*World Health Organization*, 2019). Võivad esineda ka hirmu- või agressioonipuhangud. RHK-11-s on PTSH sümptomeid aga kuus: mälusähvatused, õudusunenäod, ülivalvsus, ehmumine, väliste traumameenutajate vältimine ning traumaga seostuvate mõtete ja tunnete vältimine (Barbano et al., 2018).

Kompleks-posttraumaatilise stressihäire (edaspidi K-PTSH) mõistet kasutati esmalt 1992. aastal (Herman, 1992), kuid diagnoosina lisati see Rahvusvahelisse Haiguste Klassifikatsiooni käsiraamatusse alles 11. väljaandes (Reed et al., 2019). K-PTSH diagnoosi vajalikkus ilmnis, sest pikaajalise ja väljapääsmatu traumakogemusega patsientide sümptomid ei sobitunud ega vastanud täielikult PTSH diagnoosile (Herman, 1992). Kui PTSH puhul on häire põhjustajaks pigem ühekordne distressi tekitav sündmus või sündmuste jada, siis K-PTSH puhul on tegemist pikaajalise olukorraga, mille üle ohvril puudub kontroll ning millest ei ole võimalik põgeneda (näiteks vangistus ja vangilaagrid, ekstremistlikud usklikud sektid, vägivaldne lapsepõlv).

K-PTSH diagnoosimiseks on vajalik sümptomite esinemine kuuest erinevast klastrist:

1. traumaatilise sündmuse taaskogemine;
2. traumameenutajate vältimine;
3. ohutaju;
4. afekti düsregulatsioon;

5. raskused interpersonaalsetes suhetes;
6. negatiivne minapilt (Jowett, Karatzias, Shevlin, & Albert, 2020).

Esimesed kolm punkti märgivad K-PTSH ja PTSH ühiseid sümptomiklastreid. Punktides 4-6 on märgitud sümptomiklastreid, mis on seotud raskustega eneseregulatsioonis (*disturbances in self-organization* ehk DSO).

Ehkki PTSH ja K-PTSH sümptomid võivad esmapilgul tunduda äravahetamiseni sarnased, siis tegelikult see nii ei ole. Karatzias jt (2018) on häirete sarnasusest tulenevalt öelnud nende kohta „*sibling disorders*“. Häirete ühine sümptomaatika koosneb kolmest osast: (traumaatilise sündmuse) taas läbielamine, läbielatuga seonduva vältimine ja suurenenud ohutunne (Giourou et al., 2018). Kompleks-posttraumaatiline stressihäire puhul esinevad lisaks PTSH sümptomaatikale ka muud sümptomid: probleemid afekti reguleerimisel, iseenda väärtusetuks pidamine ning traumaatilise sündmusega kaasnev süütunne, raskused lähisuhete loomisel ning hoidmisel (*World Health Organization*, 2018).

Raskused eneseregulatsioonis on omased ka piirialasele isiksusehäirele (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Byrant, 2014). K-PTSH sümptomite sarnasus PIH ja PTSH-ga on tekitanud palju poleemikat ning siiani ei olda jõutud ühtsele seisukohale, kas K-PTSH käsitlemine eraldi diagnoosina on siiski põhjendatud (Driessen et al., 2002; Giourou et al., 2018) ehkki sel teemal on läbi on viidud arvukalt uurimusi. Mõnes neist on leitud, et koguni seitse üheksast kriteeriumist, mis on vajalikud piirialase isiksusehäire diagnoosimiseks, võivad kattuda K-PTSH kriteeriumitega (Ford & Courtois, 2014). Ühes olulisimas artiklis, mis K-PTSH kui diagnoosi küsimärgi alla seab, avaldasid autorid arvamust, et K-PTSH diagnoosi eristamiseks ei ole vajadust ega ka piisavalt tõendeid (Resick et al., 2012a). K-PTSH kontseptsiooni välja pakkuja avaldas artikli nende arvamuse kommenteerimiseks ning jäi oma seisukohale kindlaks: K-PTSH diagnoos eraldiseisev ning vajalik diagnoos (Herman, 2012). Lisaks Hermani vastusele kommenteerisid Resick'i jt (2012a) artiklit veel kolm artiklit (Byrant, 2012; Goodman, 2012; Lindauer, 2012). Üks vastajatest, Byrant (2012), küll nõustub, et K-PTSH kohta informatsiooni napib ning uurimine on veel algjärgus, kuid argumenteerib siiski, et K-PTSH diagnoos on õigustatud ja ühtselt arusaadava häire kirjelduse ning diagnostiliste kriteeriumite välja arendamiseks on tarvis häire uurimist jätkata. Byrant'i (2012), Goodman'i (2012), Hermani (2012) ja Lindauer'i (2012) kommentaaridele vastasid omakorda algse artikli autorid (Resick et al., 2012b), kes jäid endale kindlaks: K-PTSH

diagnoos artikli avaldamise hetkel ei ole õigustatud ning selleks puudub piisav informatsioon ja kirjanduslik alus.

Uue diagnoosi vajalikkuse on kahtluse alla seadnud ka see, et PTSH ja piirialane isiksusehäire on kõrge komorbiidsusega (Cloitre et al., 2014). Ehkki PTSH ja PIH komorbiidsuse kohta on väga erinevaid andmeid, on kindel, et seos nende vahel eksisteerib. Erinevate uuringute põhjal on esineb PIH diagnoosiga koos ka PTSH 25-58% juhtudest ning PTSH diagnoosiga koos PIH 10-76% juhtudest (Pagura et al., 2014). Ilmselt on komorbiidsuse suure variatiivsuse üheks põhjuseks see, et erinevates uuringutes kasutatakse erinevaid meetodeid nii valimi koostamisel kui ka testimisel. Pagura jt (2014) avaldasid esimese uuringu, mis viidi läbi Ameerika Ühendriikides, milles käsitletakse põhjalikult PIH ja PTSH komorbiidsust suures esinduslikus valimis (N = 34 653). Leiti, et kolmandikul neist, kellel esines PIH, oli ka PTSH diagnoos ning neljandikul neist, kellel esines PTSH, oli ka PIH diagnoos.

K-PTSH puhul on oluline tähele panna, et häire põhjustajaks on alati traumaatiline sündmus, sündmuste jada või traumaatiline olukord, kust on keeruline või võimatu pääseda (APA, 2013). Piirialase isiksusehäire puhul ei ole alati häire põhjustajaks traumakogemus ning häire põhjus ei ole siiani lõpuni selge (*Borderline Personality Disorder*, 2017). Häire etioloogia on multifaktoriaalne, s.t rolli mängivad nii geneetiline eelsoodumus (Reichborn-Kjennerud et al., 2013), aju struktuuralsed ja funktsionaalsed eripärad (Rüsch et al., 2007; Lischke et al., 2017) kui ka keskkonna ja kultuuriga seotud faktorid. Siiski ei tähenda see, et trauma PIH tekkimisel üldse rolli ei mängiks – sagedasti on selle diagnoosiga inimesed näiteks lapsepõlves läbi elanud traumaatilisi sündmusi (Giourou et al., 2018).

Hilisemalt on kinnitust leidnud, et K-PTSH näol siiski ei ole tegemist uue kombinatsiooniga stressihäirest ja isiksusehäirest, isiksusehäire uue alatüübiga või olemasolevate häirete ümber nimetamisega (Ford & Courtois, 2014). PIH diagnoosiga isikud küll vastavad oma sümptomitelt tihti ka PTSH või K-PTSH diagnoosile, kuid peale selle esinevad PIH-i puhul sümptomid, mida stressihäirete puhul niivõrd ei täheldata (Cloitre et al., 2014). Pigem PIH-le, kuid mitte stressihäiretele omased sümptomid on DSM-V järgi näiteks intensiivne hirm teistepoolse hülgamise ees ning püüd hülgamist vältida, intensiivsed ja ebastabiilsed interpersonaalsed suhted, kõikuv enesehinnang või enesetaju ning impulsiivsus (APA, 2013). K-PTSH ja PTSH

eraldiseisvust ning eristamise vajalikkust on kinnitanud ka teised uuringud (Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois, 2014; Hyland, Shevlin, Fyvie, & Karatzias, 2018).

K-PTSH levimuse kohta leidub erinevaid andmeid. Näiteks on leitud, et K-PTSH levimus tavakodanike seas on 0,6% ning sõjaveteranide seas 13% (Wolf et al., 2015). Andmed on riigiti erinevad – nt on leitud, et Iisraelis on K-PTSH diagnoosile vastavate isikute arv 3,7-4,9% (Hyland, Karatzias, Shevlin, Cloitre, & Ben-Ezra 2020a), Iirimaa 7,7%. (Hyland et al., 2020b), mõnedes Aafrika riikides (Ghanas, Keenias ja Nigeerias) 13-19,6% (Levin et al., 2021). K-PTSH levimust on palju uuritud militaar- ja sõjategevuse ning organiseeritud (nt poliitilise) vägivallaga seotud valimites. Lõuna-Koreas läbi viidud uuringust selgus, et valimis, kellel oli kogemusi organiseeritud vägivallaga (nt inimõiguste rikkumine, sunnitöö, genotsiid, piinamine), oli K-PTSH levimus oli 14,8% (Choi, Kim, & Lee, 2020). Süüria põgenikega läbi viidud uurimuses esines K-PTSH 36,1% valimist (Vallières et al., 2018). Põgenike läbi elatud traumakogemuste hulka kuulusid pommitamine, küüditamine, arreteerimine, sõjategevusest tulenev viga saamine ning pereliikme või muu lähedase inimese kadumine. Ka ebasoodsad tingimused lapsepõlves (*adverse childhood experiences*, ACE) on K-PTSH esinemisel riskifaktoriks ning Lõuna-Koreas sellise valimiga läbi viidud uuringus leiti, et K-PTSH tõenäoline levimus valimis oli 26,4% (Choi, Lee, & Hyland, 2021).

PTSH diagnoosimiseks kasutatakse peamiselt poolstruktureeritud intervjuusid, kuid ka enesekohaseid küsimustikke (Dalenberg & Briere, 2017). Sobiliku hindamisvahendi valimisel tuleb hindajal kaaluda mitmeid aspekte nagu hindamisvahendi pikkus, kasutamise ajaline kulu, kuid ka teksti arusaadavus. Kõik nimetatud aspektid mõjutavad hindamisvahendi reliaablust ja valiidsust ning kuna nii hindaja kui ka patsiendi huvides on hindamise tulemusena saada võimalikult usaldusväärset informatsiooni, on sobiliku vahendi valik äärmiselt oluline. Psühholoogiliste testide valiidsus ja reliaablus ei jõua küll ilmselt kunagi perfektsuse tasemeni, kuid kõrge reliaablus ja valiidsus on siiski testide puhul heaks märgiks. Reliaablus näitab, kas testiga mõõdetakse konstrukti, mis on ajas või indiviiditi püsiv. Lisaks uuritavate isikute vahelisele sarnasusele testide tulemustes on oluline ka see, et testi tulemusi ei mõjutaks hindajatevahelised erinevused ning et küsimuste tõlgendamisel ei tehtaks vigu (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007). Kõrge reliaablus on eelduseks testi valiidsusele (Dalenberg & Briere, 2017). Kõrge valiidsuse saavutamine on keeruline selliste testide puhul, mis on koostatud konstruktide kohta, mille

sümptomite ja/või diagnoosimiskriteeriumite uurimisega ei ole veel piisavalt kaua või põhjalikult tegeletud (nagu seda on vaevu 30 aasta vanune K-PTSH kontseptsioon). Mida värskem ja vähem uuritud on häire ise, seda keerulisem on ka kokku leppida kriteeriumites, mida häire diagnoosimisel arvestama peaks. Samuti on oluline mainida, et hindamisvahendid, mida uute konstrukstide hindamiseks alles välja arendatakse, on madalama valiidsusega või üldse valideerimata. Selliste testide kasutamisel tuleb valideerimiseks kasutada ka teisi uurimisteemale asjakohaseid teste, mis on juba laialdase kasutuse ning kõrge valiidsuse taseme saavutanud.

Kuna psühholoogilised testid ei ole veatud, on hindamise tulemusel võimalik saada ka valepositiivseid või valenegatiivseid tulemusi – s.t häire tuvastatakse inimesel, kellel seda tegelikult ei ole või häiret ei tuvastata inimesel, kellel see tegelikult on (Gerardi, Keane, & Penk, 1989, viidatud Keane et al., 2007 j). Valenegatiivsed või -positiivsed tulemused ei pruugi olla põhjustatud ainult hindamisvahendist, vaid ka hindajast (Dalenberg & Briere, 2017). Hindaja ei saa kunagi olla ideaalne ning ka kõige parematel võib juhtuda eksimusi – seepärast aga ongi ülimalt oluline, et hindaja oleks läbinud hindamisvahendi kasutamiseks vajaliku väljaõppe ning oleks ammendavalt kursis uuritava häire spetsiifikaga.

Maailmas üheks levinumaks ja laialdaselt kasutatavamaks PTSH hindamisvahendiks on *Clinician Administered PTSD Scale* ehk CAPS-5 (Dalenberg & Briere, 2017). CAPS-5 suured eelised on kõrge valiidsus ja reliaablus ning kättesaadavus mitmetes keeltes (Keane et al., 2007). Hindamisvahendi adaptatsiooni eesti keelde on küll alustatud ning ka esmased psühhomeetriselised hindamised läbitud (Tammes, 2019), kuid siiski ei ole eestikeelse versiooni näol tegemist veel valideeritud hindamisvahendiga. Traumajärgsete stressihäirete (nii PTSH kui K-PTSH) diagnoosimiseks on kasutusel ka *International Trauma Questionnaire*'i (edaspidi ITQ), mis koosneb erinevatest küsimustest, mis uurivad nt PTSH sümptomaatikat, eneseregulatsiooni ja selle häiritust ning lähedaste suhete olemust (Cloitre et al., 2018). ITQ on enesekohane küsimustik, kus küsimustele vastamine toimub 5-punktilisel Likerti skaalal. Tegemist on valideeritud hindamisvahendiga, mille eelis on see, et vahend sobib nii PTSH kui K-PTSH diagnoosimiseks (*International Trauma Questionnaire*, s.a). ITQ-d on tõlgitud kümnetesse keeltesse, sh näiteks rootsi, soome, taani, prantsuse, hispaania, saksa ja itaalia keelde ning see on kõigile internetist vabalt kättesaadav. Samuti on ITQ suur eelis väike ajaline kulu. Kui kõrvutada ITQ ajalist kulu

näiteks struktureeritud intervjuuga, on vahe märgatav – intervjuu võib olenevalt vormist olla aeganõudev (Keane et al., 2007).

Kui kasvab huvi teema vastu ning teema vajalikkus, ilmneb ka vajadus diagnostiliste vahendite järele (Keane et al., 2007). Kuigi K-PTSH kontseptsiooni esitleti juba pea kolmkümmend aastat tagasi (Herman, 1992), siis diagnoos lisati alles Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 11. väljaandesse (*World Health Organization*, 2018). Seega on K-PTSH näol tegemist võrdlemisi uue diagnoosiga, mistõttu on vajadus hindamisvahendite järele veel rahuldamata ning vahendeid häire diagnoosimiseks napib.

***International Trauma Interview* ehk Rahvusvaheline Traumaintervjuu**

International trauma interview (ITI) ehk Rahvusvaheline Traumaintervjuu (RTI) on arendamisjärgus diagnostiline vahend K-PTSH diagnoosimiseks (Cloitre & Bisson, 2019). RTI näol on tegemist poolstruktureeritud intervjuuga, mis koosneb kahest osast: esimeses osas hinnatakse PTSH ning teises osas K-PTSH sümptomeid ning diagnoosikriteeriumeid (Roberts, Cloitre, Bisson, & Brewin, 2019). Kokku koosneb RTI 18 alaosast – igas osas keskendutakse erinevale sümptomite klastrile või kriteeriumile ning hindamine toimub skaaladel.

RTI (Roberts et al., 2019) esimene osa põhineb CAPS-5-1 (Weathers et al., 2013a) ja keskendub kolmele DSM-5-s (APA, 2013) toodud sümptomiklastrile, mille põhjal hinnatakse PTSH esinemist. Iga sümptomiklastrit hinnatakse kahe alaosa abil. Seega on RTI esimeses osas kokku kuus alaosa, mis on järgnevad:

- A. traumaatilise sündmuse kogemine;
- B. taaskogemise sümptomid;
- C. vältimise sümptomid;
- D. suurenenud käesolev ohutaju;
- E. kahjustatuse kriteerium;
- F. sümptomite kestus.

Iga alaosa juures on hindajale ette antud küsimused ja korraldused, mida intervjuueeritavale esitada. Samuti on iga alaosa juures selgitus, kuidas hindamine toimub. Igas alaosas hinnatavale sümptomile antakse arvuline väärtus Likerti skaalal 0-4, kus 0 tähistab sümptomi puudumist ning 4 sümptomi ekstreemset või halvavat mõju intervjuueeritavale. Arvuline väärtus antakse

sümptomile kahe põhimõtte alusel: sümptomi intensiivsus ja esinemissagedus. Samuti hinnatakse intervjueeritava kahjustatuse määra, s.t kahjustusi intervjueeritavale olulistes tegevustes funktsioneerimisel (näiteks tööl käimisel, pereelus, vabatahtlikus tegevuses vms). Lisaks hinnatakse RTI esimeses osas sümptomite ajalist kestust, mis peab PTSH diagnoosiks vajalike kriteeriumite täitmiseks olema üle paari nädala.

RTI teises osas hinnatakse K-PTSH sümptomeid ehk teisisõnu raskusi eneseregulatsioonis (*disturbances in self-organization* ehk DSO). Ülesehitus ja hindamis põhimõtted on sarnased RTI esimese osaga – ka siin hinnatakse iga sümptomiklastrit kahe alaosa abil 5-punktilisel Likerti skaalal. Teises osas toimub K-PTSH diagnoosiks vajalike järgnevate sümptomiklastrite hindamine:

- A. emotsioonide regulatsioon;
- B. negatiivne minapilt;
- C. häiritud suhted.

Peale kummagi osa läbimist täidab intervjuu läbiviija hindamislehe, kuhu saab märkida iga sümptomiklastri kummagi alaosa arvulise skoori – kusjuures diagnoosi panemiseks on vajalik, et igast sümptomiklastrist vähemalt ühe alaosa arvuline väärtus oleks suurem kui 6. Nii esimeses kui teises osas on võimalik maksimaalne skoor 24 ehk kogu intervjuu peale kokku 48. Lisaks peab intervjuerija hindamisel arvestama sellega, et hinnatavad sümptomid oleksid seotud läbi elatud traumaatilise sündmusega, mis on vajalik kriteerium K-PTSH diagnoosimiseks. Juhul kui intervjueeritaval esinevad sümptomid ei ole seotud traumakogemusega, vaid millegi muuga, on alust diferentsiaaldiagnoosiks ning alaosa skooriks tuleks märkida 0 (ehkki sümptom on avaldunud).

Kliiniliste hindamisvahendite kasutamiseks ja usaldusväärsete diagnostiliste otsuste tegemiseks peab intervjuerija olema läbinud vastava väljaõppe (Dalenberg & Briere, 2017). Ehkki testiti on hindajalt nõutav kvalifikatsioonitase erinev, on siiski raske leida testi, mille kasutamiseks ei ole vaja mingeid eelnevaid teadmisi häire spetsiifikast või väljaõpet hindamise läbiviimise kohta. Samad põhimõtted kehtivad ka RTI puhul – intervjuu läbiviimiseks on vajalik kliinilise intervjuerimise ning diferentsiaaldiagnostika väljaõpe ning lisaks ka selge arusaam PTSH ja K-PTSH olemusest ning erisustest (Roberts et al., 2019). Kindlasti peab hindaja ennast põhjalikult kurssi viima ka hindamisvahendis kasutatavate juhiste, hindamiskriteeriumite, hindamisprotsessi

ja kõige muu vajalikuga, mida juhendis mainitud on. Kuna testimissituatsioon on paljudele inimestele, kuid iseäranis trauma kogemusega patsientidele, ebamugav, siis on mõistetav, et hindaja võimuses ei ole patsiendi stressitaset nulli viia (Dalenberg & Briere, 2017). Küll aga on hindajal võimalik anda endast olenev, et hindamisprotsess oleks patsiendi jaoks mugav, sujuv ning kasutajasõbralik. Lisaks eelmainitud teadmistele on hindajale vajalik ka oskus testimise käigus kogutud informatsiooni põhjal asjakohaseid järeldusi teha.

RTI-d on varasemalt tõlgitud näiteks rootsi keelde ning läbi viidud ka piloteerimine katsegrupis (Bondjers et al., 2019). Rootsikeelse versiooni piloteerimine oli põhjalik ning hindamisvahendit valideeriti mitmete teiste kõrge valiidsusega hindamisvahenditega nagu näiteks LEC-5 (Weathers et al., 2013b), IES-R (Weiss, 2007) ja SCL-27 (Hardt & Gerbershagen, 2001). Kokku kasutati rootsikeelse RTI valideerimiseks kaheksat hindamisvahendit (Bondjers et al., 2019). RTI rootsikeelne versioon on autorite hinnangul lootustandev hindamisvahend K-PTSH diagnoosimiseks ning võimeline saavutama kõrge valiidsuse ning reliaabluse. Samuti tegeletakse RTI adapteerimisega saksa keelde ning uurimistöö eeldatav lõpp jääb 2022. aasta algusesse (*Psychometric Properties...*, 2019).

Nagu eelmainitud, on K-PTSH hindamisvahendi järele nõudlus mitmetes riikides. Probleem puudutab ka Eestit, sest praegu puuduvad adapteeritud vahendid traumajärgsete stressihäirete diagnostilise intervjuu läbiviimiseks. Kuna RHK-11, milles K-PTSH diagnoos on omal kohal, vahetab 2022. aastal välja siiani kasutusel olnud RHK-10, võib öelda, et vajadus häire hindamisvahendi järele on akuutne. Käesoleva töö eesmärk on alustada Rahvusvahelise Traumaintervjuu adapteerimisprotsessi eesti keelde ning viia läbi eestikeelse intervjuu esmane piloteerimine väikeses traumakogemusega valimis. Uurimistöö raames kogutakse intervjuu kasutamise kohta tagasisidet nii intervjuu läbiviijatelt kui intervjuul osalejatelt.

Meetod

Uurimistöö eesmärk oli tõlkida ITI eesti keelde sealjuures säilitades ingliskeelses originaalis silmas peetud mõtet ja detailsust. Eesmärgi saavutamiseks tuli adapteerimise protsess jaotada neljaks etapiks: esmane tõlge, ekspertrühma kommentaaridest lähtuvalt muudatuste sisse viimine, tõlke korrigeerimine koostöös juhendajaga, tõlgitud hindamisvahendi piloteerimine katsegrupis ning intervjuerijatelt ja intervjueeritavatelt tagasiside kogumine. Konsulteerides intervjuu autoritega otsustati tagasitõlke tegemisest hetkel loobuda, sest intervjuu vormi võidakse sisse viia täiendusi ja muudatusi.

Kõigepealt teostas in hindamisvahendi esmase tõlke inglise keelest eesti keelde. Selleks kasutasin tabelit programmis Microsoft Office Excel, kuhu esimeses veerus paigutasin ingliskeelse originaali ning teise veergu kirjutasin tõlke. Peale kogu hindamisvahendi tõlkimist lugesin tõlget ingliskeelsest originaalst eraldiseisvalt kindlustamaks, et originaali mõte ei ole kaotsi läinud. Samaaegselt korrigeerisin tõlke sõnastust – keskendusin peamiselt süntaktilistele vigadele ning tõlke eesti keelele loomupärasemaks tegemisele, kuid vahetasin välja ka mitmeid sõnu, mis ilma originaalversiooni lugemata piisavalt täpsed ei olnud. Näiteks tõlkisin „*emotionally shut down*“ alguses „emotsionaalselt kinniselt“, kuid muutsin selle hiljem „emotsionaalseks tuimuseks“. Kui esimene tõlge oli valmis ning ka keeleliselt korrigeeritud, edastas in selle juhendajale, kes omakorda edastas selle ekspertrühmale. Ekspertrühma kuulusid kokku 5 liiget: kolm kliinilist psühholoog ja 1 psühholoog-nõustaja, kellel kõigil töökogemust üle 10 aasta, sh traumad kogunud patsientidega. Kõik nimetatud eksperdid on saanud väljaõppe traumateraapiaks. Ekspertrühmas osales ka magistriõppe tudeng, kellel on kogemus traumajärgse häire hindamisintervjuu adapteerimisel. Riigis valitsevast tervisekriisist tulenevalt ei olnud võimalik ekspertrühmaga kokku saada ja eraldi arutelu pidada, mistõttu eksperdid lisasid oma kommentaarid ja soovitused kirjalikult tõlkefailile Excelis.

Tõlkeprotsess

Hindamisvahendi tõlkimise keerukus seisnes peamiselt eesti ja inglise keele suures erinevuses nii oma süntaksilt, grammatikalt kui ka üldiselt väljendus- ja suhtlusviisilt. Lisaks ei ole eesti keeles kahjuks välja kujunenud ega piisavalt hästi juurdunud valdkonna- ja häirespetsiifilist sõnavara – seetõttu on tihti võimalik ühte lauset tõlkida kümnel erineval moel, mis kõik justkui annaksid edasi originaali mõtte, kuid keeruline on välja valida seda ühte ja kõige õigemad ning täpsemad tõlget.

Eesti keele rikkus ning valikuterohkus, mis sunnib tõlkides valikuid tegema – kas keskenduda pigem originaali autori mõtte sõnasõnalisele ja detailsele edasi andmisele või läheneda üldsõnalisemalt ning üritada tõlkes edastada lause mõte ja tuum. Lõpuks tuli tõlkes kasutada nii üht kui teist ning, kui vähegi võimalik, leida kuldne kesktee. Siiski on tõlkimisel lähtunud eeskätt sellest, et tõlge oleks võimalikult täpne vaste originaalile. Sealjuures on silmas peetud, et tõlgitud lause oleks võimalikult kohane eesti keele loomulikule kasutusele ning intervjuerijale läbiviimisel mugav öelda.

Kuna RTI-s PTSH diagnoosimise osa ja CAPS-5 (Weathers et al., 2013a) on inglise keeles omavahel sarnased ning paiguti kattuvad isegi üks-ühele, lähtusin ka tõlkes mitmetes kohtades CAPS-5 eestikeelses tõlkes kasutatud sõnastusest ja definitsioonidest. CAPS-5 adaptatsioon eesti keelde toimus 2019. aastal kaitstud uurimistöo raames ning hindamisvahendi tõlgitud versioon on usaldusväärne, sest tõlkimisprotsessis osalesid mitmed eksperdid ning näitas head töövõimet PTSH diagnoosimisel (Tammes, 2019). Täielikult samad on nii RTI-s esimeses osas (Osa 1: PTSH diagnoosimine RHK-11 järgi) kui CAPS-5-s muuhulgas näiteks hindamisskaalad: „0 absent“, „1 mild/subthreshold“, „2 moderate/threshold“, „3 severe/markedly elevated“ ja „4 extreme/incapacitating“ on tõlkes vastavalt „0 puudub“, „1 kerge/alalävine“, „2 mõõdukas/piiripealne“, „3 tõsine/toimetulekut pärssiv“ ja „4 ekstreemne/toimetulekut halvav“. Samas kahjustatuse kriteeriumite hindamisel kasutataval skaalal kasutasime RTI-s veidi erinevat sõnastust, kui on kasutatud CAPS-5-e tõlkes. Näiteks kasutatakse CAPS-5-s fraasi „minimaalne häiritus sotsiaalses funktsioneerimises“, kuid RTI-s „minimaalne sotsiaalse funktsioneerimise kahjustus“. Seesütlevas käändes tundus fraas kohmakas, mistõttu muutsime sõnade järjekorda.

Tõlkimisel andis palju mõtteainet ka sõna „*impairment*“, mida sõltuvalt kontekstist saab eesti keelde tõlkida mitut moodi. Sõna „*impairment*“ oleks võimalik tõlkida kui „kahjustus“, „häiritus“, „halvenemine“ ning kindlasti on võimalik leida veel eestikeelseid vasteid, kui arvestada ka lauset ning konteksti, milles sõna esineb. Näiteks „*Impairment in occupational or other important area of functioning*“ saaks tõlkida eesti keelde kui „Funktsioneerimise kahjustus tööalases või muus olulises tegevusvaldkonnas“, kuid see kõlaks ebaloomulikult ning võiks vastajas pigem segadust tekitada. Seetõttu on eestikeelses versioonis selle fraasi vaste „Raskused tööalases või mõnes muus olulises tegevusvaldkonnas funktsioneerimisel“. Samas selle kriteeriumi hindamisskaaladel on läbivalt kasutusel „*impairment*’i“ vastena „kahjustus“. Erinevus tuleneb sellest, et

intervjueeritavale ei pruugi olla selge, mida mõeldakse „funktsioneerimise kahjustuse“ all ning seetõttu võiks küsimusele vastamine tekitada segadust. Intervjuud läbi viiva spetsialisti jaoks on selline sõnastus aga sobiv, sest intervjueerija on terminiga kursis. Jätkates „kahjustuse“ mõistega on ka näiteks „1 *Mild impact, minimal impairment in social functioning*“ eesti keeles „1 Vähene mõju, minimaalne kahjustus sotsiaalses funktsioneerimises“. Ka siin oleks saanud muuta sõnade järjekorda ning tõlkida fraasi hoopis „Vähene mõju, minimaalne sotsiaalse funktsioneerimise kahjustus“, kuid siin sai määravaks faktoriks teiste skaala punktide eestikeelne sõnastus. Kui tahta sõnade järjekorda muuta ka hindamiskaala järgmises punktis „2 *Möödukas mõju, selgelt avaldunud kahjustus sotsiaalses funktsioneerimises*, kuid mitmetes sotsiaalse funktsioneerimise aspektides tuleb vastaja toime“, siis peaks moodustama täislause, lisama tegusõna ning kokku tuleks: „2 *Möödukas mõju, selgelt avaldunud sotsiaalse funktsioneerimise kahjustus*, kuid mitmetes aspektides tuleb vastaja toime“. Sõnade järjekord „...funktsioneerimise kahjustus, kuid mitmetes aspektides tuleb...“ ei mõjunud aga loomulikult ning pigem takistas arusaamist. Eesmärgiga hoida hindamiskaala punktide tõlked ülesehituselt sarnased, sai valitud eesti keelele loomulikuma sõnade järjekorraga variant.

CAPS-5-s kasutatakse „*impairment*’i“ vastena ka „häiritus“. „Häirituse“ mõiste on kasutusel ka RTI-s, kuid teises kontekstis – nimelt on „häiritus“ vaste ingliskeelsele mõistele „*distress*“. Näiteks esineb see vastaja häirituse hindamisel seoses unenägudega: „*Circle: Distress = Minimal, Clearly present, Pronounced, Extreme*“, mille tõlkeks sai „Märgi: Häirituse tase = minimaalne, märgatav, tugev, ekstreemne“. Samuti on „häiritus“ kasutusel sõnapaari „*psychological distress*“ tõlkimisel, mille vaste RTI-s on „psühholoogiline häiritus“. Ekspertide antud kommentaarides võis samuti näha soovi arutleda „kahjustuse“ ja „häirituse“ sisuliste erisuste ning tähenduse üle. Leidsime siiski, et sotsiaalse funktsioneerimise raskuste puhul kirjeldab olukorda paremini „kahjustus“ mitte „häiritus“. Kuna käesolev tõlke versioon ei ole viimane, on arutelu lõpliku tõlke üle veel lahtine ning edaspidisel adapteerimisel võib ette tulla muudatusi termini tõlkimisel eesti keelde.

Osade mõistete puhul ei tähistata RTI-s seda ainult ühe kindla eestikeelse vastega – selline olukord esineb näiteks „*index event*’i“ puhul. Hindamisvahendis kasutatakse selle vasteks nii „indekssündmust“, „peamist traumaatilist sündmust“ kui ka „intervjuu aluseks olevat sündmust“. Mõistet on tõlgitud mitut moodi, et täpsustada nii intervjueerija kui intervjuul osaleja jaoks, mida „*index event*’i“ all mõeldud on. Tõlget „indekssündmus“ kasutatakse peamiselt intervjuu juhiste

osas ning intervjueeritavale seda ei esitata, sest termin ei pruugi intervjueeritavale mõistetav olla nii nagu seda mõistab intervjuu läbiviija.

Mõningast juurdlemist esines ka lihtsamate tõlkimise aspektide juures. Näiteks: kas „*you*“ tuleks tõlkida kui „sina“ või „teie“. Et „*you*“ võib inglise keeles tähendada mõlemat, võiks eestikeelses versioonis patsienti ka sinatada, kuid adapteeritud versioonis on küsimused ja vastamiseks antavad korraldused esitatud siiski teie-vormis. Vajaduse ilmnemisel ja patsiendi piisaval tundmisel saab hindaja ise langetada otsuse, kas kasutada intervjuerimisel „teie“ asemel „sina“, kuid hindamisvahendi kirjalikus versioonis sinatamine jätkaks pigem familiaarse ja ebaprofessionaalse mulje.

RTI-s esineb mitmeid küsimusi, mida otsetõlke puhul oleks võimalik eesti keeles esitada kas-küsimustena. Näiteks „*Can you give me some examples of what it's like when you are feeling that way?*“ oleks võimalik esitada vormis „Kas oskate tuua näiteid juhtudest, kui olete ennast niimoodi tundnud?“. Kas-küsimuse puhul on intervjueeritaval võimalik minna kergema vastupanu teed ning vastata lihtsalt jaatavalt või eitavalt, mistõttu sai originaalis olnud küsilausest eesti keeles hoopis: „Tooge mulle palun näiteid oma kogemuste kohta, mil olete ennast nii tundnud“. Avatud formaadis küsimuse või väite esitamine annab intervjueeritavale rohkem võimalusi küsimusele vastamiseks, mis soodustab kriteeriumile vastavate sümptomite leidmist ning neist rääkimist.

RTI piloteerimine

Tõlkimise järel toimus hindamisvahendi piloteerimine. Tõlgitud hindamisvahendit, selle arusaadavust, kasutajasõbralikkust ning toimimist hinnati intervjuude abil. Valimisse kuulus 10 täiskasvanud patsienti vanusevahemikus 21-48 aastat. Osalejatest 8 olid naised ja 2 mehed. Kõigil valimisse kuulunud intervjueeritavatel oli traumakogemus, alus kahtlustada PTSH või K-PTSH olemasolu või PTSH juba varasemalt diagnoositud. Kõigi valimisse kuulunud isikute emakeeleks oli eesti keel, et keelebarjäär ei segaks hindamisvahendist aru saamist, küsimustele vastamist ning et oleks võimalik koguda adekvaatset informatsiooni hindamisvahendi arusaadavuse kohta.

Et häire olemusest tulenevalt on tegemist haavatava sihtrühmaga, tuleb eriti rõhku asetada eetilistele aspektidele. Uuringus ei survestatud kedagi osalema vastu tema tahtmist ning intervjueeritavatele toonitati uuringus osalemise vabatahtlikkust. Kõik uuritavad andsid informeeritud nõusoleku uuringus osalemiseks ning neil oli õigus igal hetkel osalemine katkestada.

Samuti kooskõlastati uuring Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega, kellele esitati 2020. aasta oktoobris taotlus uuringu läbiviimiseks, ning kes selleks loa ka andsid.

Intervjueerijateks olid kolm üle 10-aastase töökogemusega kliinilist psühholoogi, kes on muuhulgas läbinud väljaõppe traumajärgsete häirete hindamiseks ja raviks. Kaks intervjueerijat kolmest ei olnud uurimistööl tõlkeprotsessis kaasatud. Läbiviidud intervjuud jagunesid kolme intervjueerija vahel – 5 intervjuud viis läbi intervjueerija A, 3 intervjueerija B ning 2 intervjueerija C. Kõigi uuritavatega viidi intervjuud läbi individuaalselt (veebipõhiselt või näost näkku kohtudes) ning intervjuujärgselt oli uuritavatel võimalus ka oma vastuste ja tulemuste kohta spetsialistilt kommentaare ja selgitusi saada. Kõigepealt paluti intervjueeritavatel täita Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2) (Weathers et al., 2013b; EEK-2), IES-R (Weiss, 2007) ja ITK (Cloitre et al., 2018) ning seejärel viidi läbi intervjuu kasutades RTI-d (Cloitre et al., 2019).

Peale intervjuu läbiviimist andsid nii intervjueeritav kui intervjueerija hindamisvahendi kohta tagasisidet. Kõigile uuritavatele saadeti küsimustik intervjuu tagasisidestamiseks. Kolmelt intervjueeritavalt küsiti tagasisidet ka suuliselt peale intervjuu läbiviimist. Intervjueerijatelt koguti tagasisidet samuti küsimustikule toetudes käsitledes muuhulgas informatsiooni hindamisvahendi tõhususe, täpsuse, kasutusmugavuse, tõlke piisavuse ja muude aspektide kohta.

Tulemused ja arutelu

RTI järgi PTSH diagnoosimiseks on patsiendil vaja täita PTSH diagnoosimise kriteeriumid RHK-11 järgi ehk nii klaster A, B, C, D kui E ning diagnoosikriteeriumid on täidetud kui vähemalt ühe klastris toodud sümptomi skoor on 2 või enam. F kriteeriumi puhul hinnatakse sümptomite ajaliskestust, mis peab diagnoosile vastamiseks olema rohkem kui paar nädalat. K-PTSH diagnoosimiseks peab patsient esmalt vastama PTSH diagnoosile ning lisaks K-PTSH diagnoosikriteeriumitele A, B, C ja D. Ka selles osas lähtutakse hindamisel sellest, et iga klasteri puhul peab vähemalt ühe sümptomi skoor olema 2 või rohkem. K-PTSH diagnoosimiseks vajalik kriteerium E on täidetud, kui patsient vastab kriteeriumitele A, B, C ja D.

Enne intervjuu läbiviimist täitsid osalejad Traumasündmuste küsimustiku (LEC), Emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK) ning Rahvusvahelise Trauma Küsimustiku (ITK) ja Sündmuse mõju skaala (IES-R) küsimustikud. Kahe intervjuueeritava puhul IES-R ja ITK andmed puuduvad. Selgitati välja intervjuu aluseks võetav sündmus. Uuringus osalenud inimeste traumakogemused jaotusid viite kategooriasse: perevägivald (N=3), koolikiusamine (N=2), lähedase suitsiid/suitsiidikatse (N=2), liiklusõnnetus (N=2), seksuaalne vägivald (N=1).

Kolm intervjuueerijat viisid läbi intervjuud 10 osalejaga. Intervjuueerija A viis läbi 5 intervjuud – K-PTSH diagnoosile vastasid kaks ning PTSH diagnoosile üks osaleja. Intervjuueerija B intervjuueeris kolme osalejat, kellest üks vastas K-PTSH diagnoosikriteeriumitele. Intervjuueerija C viis läbi kaks intervjuud, kuid kumbagi häiret kummalgi patsiendil ei tuvastanud.

Kolmel intervjuueeritaval kümnest oli juba varasemalt diagnoositud PTSH. Ka RTI järgi vastasid need kolm osalejat PTSH diagnoosikriteeriumitele, kuid 2 neist vastasid RTI järgi ka K-PTSH diagnoosile. Kokku vastas RTI järgi PTSH diagnoosile üks ning K-PTSH diagnoosile kolm intervjuueeritavat. Üks intervjuueeritav vastas küll DSO kriteeriumitele, kuid PTSH kriteeriumitele mitte, mistõttu K-PTSH diagnoosiks alust ei ole. Neist neljast intervjuueeritavast, kellel RTI järgi diagnoositaks PTSH või K-PTSH, vastas ITK järgi PTSH diagnoosile ainult üks ning K-PTSH diagnoosile mitte ükski osalejatest. Kahe osaleja kohta ITK ja IES-R andmed puuduvad. Üks neist vastas RTI järgi K-PTSH diagnoosile ning teine ei vastanud kummalegi diagnoosile. Ülejäänud 4 osalejat ei vastanud PTSH ega K-PTSH diagnoosile ei RTI ega ITK järgi. Ühel neist, kes küll diagnoosikriteeriumitele ei vastanud, oli siiski kõrge IES-R skoor (39 punkti). RTI järgi K-PTSH diagnoosile vastanud osalejate IES-R skoorid olid väga erinevad (8, 39 ning ühe osaleja andmed

puudused). Osaleja numbriga 17 vastas RTI järgi K-PTSH diagnoosile, kuid ITK-ga pole andmete puudumise tõttu võimalik tulemusi võrrelda.

Depressioon ja ärevus on positiivses korrelatsioonis traumahäiretega (Ben-Ezra et al., 2018; Hyland et al., 2017). Kahe intervjueeritava puhul, kellest üks vastas RTI järgi PTSH diagnoosile ning teine K-PTSH diagnoosile, olid kõrgemad ka EEK-2 depressiooni (DEP) ja üldärevuse (ÜÄR) alaskaalad. Samas vastasid RTI järgi K-PTSH diagnoosile veel kaks intervjueeritavat, kelle DEP ja ÜÄR alaskaalade skoorid olid kumbki alla 11 punkti, s.t ei ületanud piirskoori. Kuna kahe intervjueeritava puhul olid EEK-2-s raporteeritud DEP ja ÜÄR alaskaalade skoorid kõrgemat piirskoorist, kuid kahe osaleja puhul olid alaskaalade skoorid madalamad, siis küsimustike ja RTI tulemuste võrdlemisel põhjapanevaid järeldusi teha ei ole võimalik. Täpsed tulemused iga intervjueeritava kohta on toodud Tabelis 1.

Tabel 1

Intervjueeritavate vastavus PTSH ja DSO sümptomitele RTI ja ITK järgi, IES-R, EEK-2 skoorid.

Vastaja ID	PTSH sümptomid		DSO sümptomid		IES-R skoor	EEK-2 skoor	EEK-2 DEP	EEK-2 ÜÄR
	RTI	ITK	RTI	ITK				
09	Jah	Ei	Jah	Ei	8	12	3	5
10	Jah	Ei	Jah	Ei	39	49	6	9
11	Ei	Ei	Ei	Ei	10	18	1	11
12	Ei	Ei	Ei	Ei	12	31	9	8
13	Ei	Ei	Ei	Ei	39	49	12	16
14	Ei	Ei	Ei	Ei	12	35	14	8
15	Ei	Ei	Ei	Ei	22	45	19	11
16	Jah	Jah	Ei	Ei	61	53	18	10
17	Jah	-	Jah	-	-	57	18	15
18	Ei	-	Ei	-	-	30	11	9

Märkus. PTSH, posttraumaatiline stressihäire; DSO, *disturbances in self-organization*; IES-R, *Impact of Event Scale-Revised*; EEK-2, Emotsionaalse enesetunde küsimustik; DEP, depressiooni alaskaala; ÜÄR, üldärevuse alaskaala.

Intervjuu läbiviimise ajakulus esines väga suur varieeruvus – kõige lühem intervjuu kestis vaid 28 minutit, kuid kõige pikem 150 minutit. Kaks intervjuud, mis kestsid kumbki kokku 2,5 tundi, viidi

läbi kahes osas, s.t osade vahel oli paus. Ühe intervjueritava puhul viidi osa intervjuust läbi ühel päeval, mis kestis 60 minutit ja intervjuud jätkati kaks päeva hiljem, mil aega kulus veel 25 minutit, s.t kokku 85 minutit. Keskmise intervjuu läbiviimise pikkus oli umbes 75 minutit. Intervjuu ajalise kestuse kohta andsid tagasisidet nii intervjuerijad kui intervjueritavad. Spetsialist, kes viis läbi intervjuu, mis kestis 28 minutit, märkis, et intervjuu läbiviimise lühikese aja põhjuseks oli patsiendi napsõnalisus küsimustele vastamisel ehkki tavapärasel seanssidel patsient ei ole napsõnaline, vaid pigem vastupidi. Intervjueritav, kelle intervjuu viidi läbi kahel erineval päeval, märkis seevastu, et intervjuu võttis palju kauem aega, kui sellele plaanitud oli. Osaleja, kellega intervjuu läbiviimiseks läks aega 150 minutit (lisaks pausiaeg), märkis, et järjest ei oleks ta võimeline intervjuule vastama emotsionaalse kurnatuse tõttu. Saadud tulemused annavad mõtteainet RTI edasiseks arendamiseks, mh hindamisvahendi alaosade, esitatavate küsimuste arvu ja sisu osas. Lisaks mõjutas intervjuu ajalist mahtu kindlasti ka asjaolu, et hindamisvahend oli spetsialistide jaoks uus ning nad läbisid vaid lühikese 2 tunni pikkuse instrueerimise. Kuna tegemist oli intervjuerijate jaoks esmakordse RTI kasutamisega, siis vilumus vahendi kasutamisel puudub. Samuti ilmses kahe intervjuerija tagasisidest asjaolu, et RTI puhul on etteantud küsimused ebapiisavad kontrollimaks sümptomi olemasolu. Näiteks tõi üks intervjuerija välja, et tänu varasemale tööle patsiendiga on ta teadlik, et patsiendil on uneprobleemid (uni on rahutu, katkendlik, patsient ärkab kergesti), kuid küsimuste esitamisel raporteeris patsient, et õudusunenägusid ei esinenud. Intervjuerija sõnul jääks ilma teiste hindamisvahendite kasutamiseta sümptomaatika märkamata.

Intervjueritavatel saadud tagasiside varieerus mõneti: oli nii neid, kelle jaoks intervjuul osalemine olulisi ebamugavusi ei põhjustanud, kuid ka neid, kes vajasisid pausi ning kelle jaoks protsess oli emotsionaalselt kurnav. Siiski jäid saadud vastustest kõlama mõned intervjueritavate ühised tähelepanekud. Näiteks leidsid mitmed osalejad, et on keeruline valida ainult üks traumaatiline sündmus juhul, kui neid on esinenud rohkem ning sama probleemi tõi esile ka intervjuerijad. Kui üks sündmus on välja valitud, võib olla keeruline valitud sündmusega oma sümptomeid seostada. Toodi välja, et sümptomid võivad ju küll esineda, kuid kas need esinevad valitud traumaatilise sündmuse tõttu, mõne teise traumaatilise kogemuse tõttu või hoopis mõne kolmanda faktori mõjul, on keeruline eristada. See tekitas vastamisel segadust ning üks intervjueritav märkis, et sellises olukorras tundub küsimustele vastamine kohati võimatu. Lisaks valmistas ühele intervjueritavale probleeme hindamisvahendi 1. osas esitatud küsimustele

vastamine, kuna intervjuu aluseks valitud traumakogemus oli pikaajaline. Hindamisvahendi 1. osas esitatud küsimustes käsitletakse traumakogemust seevastu aga pigem ühekordse sündmuse või olukorrana. Hindamisjuhistes on küll antud suunis, et keskenduda tuleks kõige traumaatilise kogemuse kõige raskemale osale, kuid seda võib intervjuueeritaval olla keeruline määrata ning intervjuu ajal meeles pidada.

Mitmed osalejad pidasid oluliseks, et intervjuueerija oskaks vajadusel küsimust täpsustada või pakkuda täiendavat selgitust (lisaks sellele, mis hindamisvahendis täiendavate küsimuste all juba toodud on). Ka intervjuueerijad tõid välja, et kasutasid võimalust juurde küsida, sest kohati jäi ainult etteantud küsimustest väheseks. Mõned patsiendid avaldasid soovi intervjuu käigus esitatud küsimuste üle pikemalt arutleda ning detailsemalt analüüsida ja leidsid, et see võib küsimustele vastuste andmist segada. Üks intervjuueeritavatest pakkus välja, et hindamisvahendit võiks kasutada pigem pikaajalise teraapia vältel või selle toetamiseks, s.t hindaja kasutab hindamisvahendis toodud alaosasid näiteks seansside kavandamisel. Nii saab hindaja küll vajalikud vastused ja informatsiooni kätte, kuid patsiendile ei põhjustata sellega liigset emotsionaalset koormust. Intervjuueerija sõnul võidakse patsiendile hindamisvahendi järjestikuse läbimise tõttu avada liiga palju emotsionaalseid küsimusi ja tundeid, mis jätavad patsiendi peale seansi „sasipuntraks“.

Kaks intervjuueeritavat tõid välja, et mõned hindamisvahendis kasutatavad küsimused näisid korduvat. Ka üks intervjuueerija täheldas, et patsient kirjeldas kahjustatuse kriteeriumeid uurivatele küsimustele vastamisel déjā-vu tunnet, sest sarnaseid küsimusi oli juba varasemates osades esitatud. Samas oli ka neid intervjuueeritavaid (3), kes pidasid hindamisvahendi küsimusi ning nende järjestust selgeks ning kes suuri raskusi küsimustest arusaamisel ei täheldanud. Kuna intervjuu jaotub mitmeteks alaosadeks ning on üpris mahukas, võib intervjuu olla patsientidele emotsionaalselt raske juba ainuüksi ajamahu tõttu (kuid ei pruugi seda olla). Üks intervjuueeritavatest mainis tagasisidestamisel, et intervjuu lõpus võiks olla järeltegevus, millega kurnavast intervjuust ning trauma meenutustelt mõtted mujale saada. Küsimustele vastamist segava tegurina tõi üks intervjuueeritavatest välja oma võimetuse igapäevaseid häirivad kogemusi meenutada. Lisaks segasid intervjuu küsimustele vastamist selle patsiendi puhul keskendumisraskused.

Üks intervjuueeritav väljendas arvamust, et hindamisvahend ei pruugi sobida kasutamiseks patsientidega, kellel on juba varasem psühhoterapia kogemus või kes tarvitavad sümptomite (nt uneprobleemide) leevendamiseks ravimeid. Psühhoterapias omandatakse toimetulekuoskused, mis aitavad igapäevaelus paremini toime tulla ning ravimid leevendavad sümptomite esinemist, mistõttu ei pruugi patsient sümptomaatikale vastata, sest sümptomeid viimase kuu jooksul esinenud ei ole. Lisaks võib psühhoterapia kogemusega patsient probleemide igapäevast mõju alahinnata. Sümptomite esinemise alahindamist mainis ka teine intervjuueeritav. Näiteks kui sümptomid on niivõrd sulandunud igapäevasesse ellu, et neid patsient ise ei pane enam tähelegi, on keeruline sümptomi kohta küsimustele vastata.

Spetsialistidest intervjuueerijate tagasiside oli üsna ühelaadne. Kõlama jäi, et hindamisvahendi rakendamine vastavat koolitust läbimata on raske või isegi võimatu. Lisaks toonitas üks intervjuueerija, et hindamisvahendi kasutamine on raskendatud, kui hindaja patsienti varasemalt ei tunne, sest patsient ei pruugi osata ise oma sümptomeid sündmustega seostada (mida tõi välja ka üks intervjuueeritavatest). Näiteks on hindajal keeruline aru saada patsiendi vältimissümptomitest või ülivalvsusest. Patsient võib vastamisel väita, et ta ei väldi traumameenutajaid ehkki tegelikult ei pruugi ta enam vältimist tähelegi panna, sest see on muutunud tavapäraseks osaks tema igapäevaelus. Nagu ka eelpool mainitud, siis RTI-st üksi ei piisa, et sümptomaatikat avastada ning selle tühimiku täitmiseks olid väga vajalikud teised kasutatud hindamisvahendid ja küsimustikud.

Samuti kommenteeris üks intervjuueerijatest hindamisvahendi sisulist poolt. Mitmes kohas esines probleeme sellega, et sümptomi olemasolu hindamisel keskendutakse küsimustes pigem häiriva olukorra tagajärjele, kuid mitte niivõrd olukorra ajendajale või põhjusele. Näiteks tekkis ühe patsiendi sümptomite hindamisel dilemma: patsiendil on ärritumise järel maha rahuneda lihtne, kuid ärritumine ise on plahvatusliku iseloomuga. Sellise situatsiooni kohta küsimisel ainult maha rahunemisele keskendudes ei saa olukorrast täit pilti ning võib jääda mulje, et sümptomit ei esinegi, sest patsient suudab lihtsasti maha rahuneda. Seetõttu võib hindamiskriteerium jääda täitmata ehkki sümptom patsiendil esineb. Intervjuueerijat võib siin segadusse ajada ka asjaolu, et ühe olukorra sümptomite esinemine on justkui mitmeks jagatud. PTSH sümptomite puhul keskendutakse küsimustes pigem patsiendi reageerivuse või reaktsiooni tuvastamisele, kuid DSO sümptomite puhul afekti regulatsioonile ehk nn maha rahunemisele.

Arvestades intervjuule antud tagasisidet ning asjaolu, et tegemist on veel väljatöötamisel oleva intervjuuga, tuleks edasises kohandamisprotsessis keskenduda kahele suunale. Esiteks tuleb tõsiselt tegeleda intervjuu läbiviimise juhiste välja töötamisega. Täpsed ning piisavad juhised hindamisvahendi kasutamiseks aitavad nii intervjuu läbiviijat kui ka intervjuueeritavat aidates spetsialistil patsienti parimal viisil intervjueerida ning säästes intervjuueeritavat liigest emotsionaalsest koormusest intervjuu läbimisel. Intervjuu läbiviimise juhised peavad sisaldama informatsiooni hinnatavate häirete ehk PTSH ja K-PTSH kohta, kuid ka suuniseid intervjuu läbiviimise protsessi kohta üldiselt. Kuivõrd traumaatilise sündmuse valik on kogu intervjuu läbiviimise lähte- või tugipunktiks, siis on vajalik täpsustada traumaatilise sündmuse valiku põhimõtteid. Samuti on vaja täiendavaid juhiseid sümptomite uurimisel lisaküsimuste ja selgituste andmise kohta. Intervjuu lõppu võiks lisada terapeutilisi võtteid, millega pakkuda patsiendile psühholoogilist tuge peale emotsionaalselt kurnava intervjuu läbimist.

Intervjuu diagnostilise töövõime uurimiseks seisab eestikeelse versiooniga kõigepealt ees sisuline analüüs. Selle tarbeks on vajalik kaasata spetsialiste, kes oma igapäevatoos tegelevad traumajärgsete häirete diagnoosimise ja ravimisega – olgu selleks psühhiaatrid või kliinilised psühholoogid. Samuti on oluline jätkata erialaste terminite eesti keelde kohandamise ning juurutamisega, sest need mängivad olulist rolli intervjuu läbiviimisel ning juhistest arusaamisel. Intervjuus kasutatavad eestikeelsed terminid peaks soodustama intervjuul osalemist patsiendi vaatepunktist – termin peab olema suupärane, arusaadav ning mugav kasutada. Originaal-intervjuu lõppversiooniga veel tegeletakse, mistõttu on ka eestikeelne intervjuu versioon nende muudatuste ootel, et need integreerida.

Käesolevas töös saadud tulemused RTI ja enesekohaste testide tulemuste seostest olid ebahühtlased. Põhjuseks võib olla väike uuritavate hulk, kuid ka asjaolu, et enamus uuringus osalejatest ei olnud traumateraapias osalejad või sinna suunatud patsiendid. Edasine töö on suunatud andmete kogumise jätkamisele, suurendades valimit ning määratledes täpselt valimisse kuulumise kriteeriumid.

Saadud tagasiside põhjal võib väita, et RTI ei ole kindlasti valmis ning piloteeritud tõlge ei ole koostatud hindamisvahendi lõpliku versiooni põhjal. Praegusel kujul on RTI kasutamine nii intervjuud läbiviivatele spetsialistidele kui ka patsientidele mitmetes kohtades segadust tekitav ning keeruline. Tulemuste tõlgendamisele seab piirangud valimi väiksus, kuid ka intervjuueerijate

vahelise reliaabluse hindamise puudumine. Hindamisvahendi edasisel adapteerimisel tuleks uuringuid kindlasti läbi viia suuremas valimis. Samuti on vaja valideerida teiste hindamisvahendite abil RTI võime häireid korrektselt tuvastada. RTI näol on tegemist hindamisvahendiga, millel on küll potentsiaali, kuid mille arendamis- ning adapteerimisprotsessiga tuleb jätkata.

Kasutatud allikad

- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barbano, A. C., van der Mei, W. F., Bryant, R. A., Delahanty, D. L., deRoon-Cassini, T. A., Matsuoka, Y. J., Olf, M., Qi, W., Ratanatharathorn, A., Schnyder, U., Seedat, S., Kessler, R. C., Koenen, K. C., & Shalev, A. Y. (2018). Clinical implications of the proposed ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, *49*(3), 483–490. <https://doi.org/10.1017/s0033291718001101>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, *35*, 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>
- Borderline personality disorder*. (2017). Külastatud aadressil <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml#:~:text=The%20cause%20of%20borderline%20personality,for%20developing%20borderline%20personality%20disorder>.
- Choi, H., Kim, N., & Lee, A. (2020). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among organized violence survivors in modern South Korean history of political oppression. *Anxiety, Stress, & Coping*, *34*(2), 203–214. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1839889>
- Choi, H., Lee, W., & Hyland, P. (2021). Factor structure and symptom classes of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in a South Korean general population sample with adverse

- childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 114, 104982.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104982>
- Cloitre, M., & Bisson, J. (2019). International Trauma Interview for ICD-11 PTSD & Complex PTSD Training Workshop.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1111/acps.12956>
- Dalenberg, C. J., & Briere, J. (2017). Psychometric assessment of trauma. S. N. Gold (Toim), *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (lk 41–63). American Psychological Association.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73(9), 820–829.
<https://doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1>
- Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2)*. (s.a) Külastatud aadressil
<https://www.medicum.ee/wp-content/uploads/2015/11/Emotsionaalne-enesetunde-k%C3%BCsimustik.pdf>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9.
<https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?

- WORLD JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 8(1), 12–19. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Hardt, J. , & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5, 187–197.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: comment on Resick et al. (2012). *Journal of traumatic stress*, 25(3), 256–263. <https://doi.org/10.1002/jts.21697>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., Cloitre, M., & Ben-Ezra, M. (2020a). A longitudinal study of ICD-11 PTSD and complex PTSD in the general population of Israel. *Psychiatry Research*, 286, 112871. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112871>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2020b). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1037/per0000346>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., Thomas, J., Philips, S., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Cloitre, M., & Shevlin, M. (2018). Is Self-Compassion a

- Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257–269. <https://doi.org/10.1017/s1352465818000577>
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and Its Comorbidities in Adults. M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Toim), *Handbook of PTSD: Science and practice*. The Guilford Press.
- Levin, Y., Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., Bachem, R., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2021). Comparing the network structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in three African countries. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.041>
- Lindauer, R. J. (2012). Child maltreatment--clinical PTSD diagnosis not enough?!: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of traumatic stress*, 25(3), 258–263. <https://doi.org/10.1002/jts.21698>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Psychometric Properties of the International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and CPTSD*. (2019). K lastatud aadressil <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04086654>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Keeley, J. W., Khoury, B., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., Mari, J. D. J., Maruta, T., Matsumoto, C., Rebello, T. J., Roberts, M. C., Robles, R., Sharan, P., Zhao, M., Jablensky, A., Udomratn, P., Rahimi-Movaghar, A., Rydelius, P.-A., Bahrer-Kohler, S., Watts, A. D., & Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *WORLD PSYCHIATRY*, 18(1), 3–19. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1002/wps.20611>

- Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Mazzeo, S. E., Knudsen, G. P., Tambs, K., Czajkowski, N. O., & Kendler, K. S. (2013). Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, *70*(11), 1206. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1944>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012a). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Resick, P. A., Wolf, E. J., Stirman, S. W., Wells, S. Y., Suvak, M. K., Mitchell, K. S., King, M. W., & Bovin, M. J. (2012b). Advocacy through science: Reply to comments on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, *25*(3), 260–263. <https://doi.org/10.1002/jts.21702>
- Roberts N. P., Cloitre M., Bisson J., & Brewin C. R. (2019). *International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD* (Test Version 3.2).
- Rüsch, N., Luders, E., Lieb, K., Zahn, R., Ebert, D., Thompson, P. M., ... & van Elst, L. T. (2007). Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *32*(6), 417-422.
- Tammes, K. (2019). *The adaption of the Estonian version of the Clinician-Administered PTSD Scale: a pilot study*. Uurimistöö. Tartu Ülikool.
- Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 547–557. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>
- Weathers, F. W. , Blake, D. D. , Schnurr, P. P. , Kaloupek, D. G. , Marx, B. P. , & Keane, T. M. (2013a). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5).
- Weathers, F. W. , Blake, D. D. , Schnurr, P. P. , Kaloupek, D. G. , Marx, B. P. , & Keane, T. M. (2013b). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5).

- Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: Revised. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. International and Cultural Psychology Series*. Boston, MA: Springer.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Friedman, M. J. (2015). ICD–11 Complex PTSD in U.S. National and Veteran Samples. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/2167702614545480>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Kõlastatud aadressil <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (10th Revision). Kõlastatud aadressil <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kelli Riim