

Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring

Uuringu aruanne



JUSTIITSMINISTEERIUM



SOTSIAALMINISTEERIUM



HARIDUS- JA
TEADUSMINISTEERIUM



2017

Uuringu tellis Justiitsministeerium. Uuring on valminud Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) toetuste programmi „Riskilapsed ja -noored“ kaasrahastamisel.

Autorid:

Laura Aaben

Miko Tammik

Kadi Kallavus

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse ka:

Anna Markina, Ilona-Evelyn Rannala, Anne Rannaveski-Poola

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017) Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Sisukord

Uuringu tulemuste kokkuvõte	4
Uuringu metoodika	5
1. Ülevaade MDFT programmist	6
1.1. Taust ja teoreetiline alus	6
1.2. MDFT programmi kirjeldus.....	8
1.3. MDFT tulemuslikkus	9
2. Juhtumite analüüs	11
2.1. Metoodika.....	11
2.2. Juhtum 1. Henri, 13-aastane	13
2.3. Juhtum 2. Artur, 15-aastane	24
2.4. Juhtum 3. Magnus, 13-aastane.....	37
2.5. Juhtumite üldistatavus.....	44
3. Programmi mõjude analüüs	46
3.1. Metoodika.....	46
3.2. Läbilõige MDFT programmis osalenud noortest.....	49
3.3. Saavutatud muutused.....	52
4. Programmi kulutõhususe analüüs.....	57
4.1. Metoodika.....	57
4.2. Kulutõhususe analüüsi tulemused	59
5. Soovitused Eesti MDFT programmi edasisteks hindamiseks	62
Kasutatud kirjandus	67
LISA 1. Varasemad MDFT programmi käsitlevad uuringud.....	71
LISA 2. Valik noortele õigusrikkujatele suunatud teraapiaprogrammide hindamisel kasutatavatest mõõdikutest, andmekogumise meetoditest ja hindamisinstrumentidest.....	75
LISA 3. Eesti MDFT programmi kulutõhususe analüüsis kasutatud arvulised eeldused	78
LISA 4. Süvaintervjuu kava – lapse intervjuu	80
LISA 5. Süvaintervjuu kava – lapsevanema intervjuu	83
LISA 6. Süvaintervjuu kava – terapeudi intervjuu.....	86
LISA 7. Süvaintervjuu kava – spetsialisti intervjuu	88

Uuringu tulemuste kokkuvõte

1. MDFT programm on üles ehitatud pere ja terapeudi vahelisele usalduslikule, toetavale ja hinnanguvabale suhtele. Sellest tulenevalt on valdava enamuse perede jaoks MDFT programmis osalemine positiivne kogemus. Paljude noorte ja lapsevanemate jaoks on MDFT ka esmakordne meeldiv ja lootustandev kogemus abistavate spetsialistidega.
2. MDFT programmi väheedukate juhtumite ebaedu põhjused saab jaotada kaheks: 1) pere vähene valmisolek olukorra lahendamisele pühenduda ja 2) mitmed äärmuslikud olud ühes perekonnas (juurdunud vägivallamustrid, tõsised psüühikahäired, teravad sotsiaalse toimetuleku probleemid jms).
3. Eesti MDFT programmi suunatud noored on keskmiselt 15-aastased, sagedamini poisid ja enamik juhtumitest on keskmise raskustasemega. Vähem kui pooled juhtumitest on kõrge riskitasemega.
4. Valdava enamuse MDFT programmi suunatud noorte eludes saavutatakse positiivseid muutusi – poole aasta jooksul vähenesid käitumisprobleeme soodustavad riskid kõigil analüüsi kaasatud noortel enam kui poole võrra.
5. MDFT programm oli tulemuslik nii keskmise kui ka kõrge riskitasemega juhtumite seas – riskid vähenesid mõlemas grupis samal määral.
6. MDFT programm saavutas kõige märkimisväärsemat paranemist koolielu, peresuhete, emotsioonide juhtimise ja vaba ajaga seotud riskides.
7. Nooremate ja vanemate programmis osalejate seas olid muutused mõnevõrra erinevad. Riskide koondtase vähenes küll mõlemas rühmas samal määral, kuid õigusrikkumised on enam vähenenud alla 15-aastaste seas ning koolielu ja vaba ajaga seotud riskid on vähenenud enam 15-aastaste ja vanemate seas.
8. Õigusrikkumiste vähendamisel oli MDFT programm tulemuslikum tüdrukute seas ja vaba aja veetmise harjumuste muutmisel edukam poiste seas.
9. MDFT programmi kulu ühe noore kohta on Eestis ligikaudu 4300 eurot, mis on 3-7 korda soodsam kui noore suunamine erikooli või vanglasse.
10. Eeldusel, et MDFT programmis osalenud noorte seas vähenevad õigusrikkumised 30% ja koolitee jätkamise näitajad paranevad 45%, siis iga MDFT programmi investeeritud 1 euro säästab riigile ligikaudu 5,3 eurot.

Uuringu meetodika

Uuringu eesmärgid ja uurimisküsimused

Uuringu eesmärgiks on saada ülevaade Eesti MDFT programmi elluviimise mõjudest programmis osalevatele noortele ja nende peredele ning hinnata Eesti MDFT programmi kulutõhusust.

Uuringu käigus otsiti vastuseid neljale uurimisküsimusele:

1. Millised on programmis osalenute hinnangud programmi toimimisele ja elluviimise protsessile?
2. Millised on programmis osalenute soovitud ja ettepanekud programmi paremaks toimimiseks ja rakendamiseks?
3. Millised muutused on toimunud programmis osalenud noorte ja nende perede elus peale programmis osalemist (sh noorte riskikäitumises)?
4. Kas ja kuivõrd kulutõhus on mitmedimensioonilise pereteraapia rakendamine Eestis?

Uuringu meetodid

Uuringu teostamisel kombineeriti erinevaid kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid. Vastavalt uuringu lähteülesandele **analüüsi MDFT programmi tõhusust kolmel viisil**, keskendudes programmi tõhususe erinevatele aspektidele. Uuringu raames teostati **kolme MDFT programmis osalenud kliendi juhtumi analüüs**, mis narratiivses vormis annab süvendatud vaate programmis osalemise kogemusest. Lisaks teostati **MDFT programmis osalenud noortele riskihindamise küsimustiku põhjal eel- ja järelhindamine**, mis võimaldab statistiliselt hinnata programmis osalenute elus toimunud muutusi. Kolmandaks uuringu komponendiks oli **Eesti MDFT programmi kulutõhususe analüüs**, mis annab teadmise selle kohta, kuivõrd tasuvad programmi rakendamisele tehtud rahalised kulutused end pikemas perspektiivis ära. Lisaks koostati **soovitused Eesti MDFT programmi edasisteks hindamistegevusteks**, tuginedes uuringu käigus teostatud eel- ja järelhindamise kogemusele ja rahvusvahelisele teaduskirjandusele.

Iga uurimismeetodi täpsema kirjelduse leiab vastava uuringuosa tulemusi tutvustavast peatükist (peatükid 2.1, 3.1, 4.1).

1. Ülevaade MDFT programmist

Mitmedimensiooniline pereteraapia (edaspidi MDFT) on spetsiaalne pereteraapia meetodika, mis on suunatud peredele, kelle lastel on kõrge riskikäitumise tase, sh esineb kriminaalset käitumist ja sõltuvusainete tarvitamist. MDFT programm on välja töötatud Ameerika Ühendriikides 1985. aastal ja aastate jooksul on programmi korduvalt testitud ja edasi arendatud. Täna kasutusel olev programm (sh Eestis) põhineb MDFT programmi viimasel ehk 2002. aasta elluviimisjuhisel (Liddle, 2002).

MDFT meetodika peamiseks lähtekohaks on teadmine sellest, et noorte kõrge riskiga käitumisviisid kujunevad erinevate väliste mõjutajate tulemusena – kodune elu, sõbrad, kool ja kogukond. MDFT tegelebki nimetatud nelja mõjutaja ehk dimensiooniga (sellest ka nimetus 'mitmedimensiooniline pereteraapia'). Eri dimensioonide mõjutamiseks ei tööta terapeut vaid noore enda ja ta vanematega, vaid tema ülesandeks on luua terapeudilisi liite lisaks ka teiste oluliste inimestega noore ümber, eelkõige haridus- ja õigussüsteemi esindajatega.

MDFT meetodikat kasutav terapeut lähtub MDFT meetodilisest protokollist, mis näeb ette kindlad põhimõtted ja teraapiavõtted, mida meetodika rakendamisel kasutada. Erinevate tehnikate abil aitab terapeut nii noorel endal kui ta vanematel asendada düsfunktsionaalsed hoiakud ja käitumismallid uutega ehk omandada uued käitumisviisid, mis aitavad kaasa noore käitumisprobleemide vähenemisele või kadumisele. Olulist tähelepanu pööratakse vanemlikele oskustele ja peresuhetele ning vanemate ja noore suhetele haridus-, sotsiaal- ja õigussüsteemiga. Iga pere puhul lähtub terapeut konkreetse pere iseloomulikest joontest ja

arenguraskustest, kuid perega töötamisel lähtub MDFT teraapiavõtetest.

1.1. Taust ja teoreetiline alus

MDFT teoreetilised alused pärinevad pere- ja arengupsühholoogiast ning arengu psühhopatoloogiast (Bronfenbrenner, 1979; Minuchin, 1985; Sroufe jt 1984). Lisaks tugineb MDFT epidemioloogilistele ja kliinilistele uuringutele, mille kohaselt on noorte retsidiivne käitumine mitmemõõtmeline häire, mille ravimisele tuleb samuti läheneda mitmemõõtmeliselt (Brook jt 1988; Newcomb, 1995).

MDFT lähenemine vastab kaasaegsele arusaamale riskikäitumise kujunemisest. Noorus on inimese elutsükli üks kõige tundlikumaid perioode, kui ollakse vastuvõtlikud erinevatele emotsionaalsetele ja käitumishäiretele, sh sõltuvustele. Noores eas ilmnunud käitumisprobleemid suurendavad oluliselt noore haavatavust tulevikus, sest mida varasemas eas probleemid välja kujunevad, seda tõsisemad on probleemide tagajärjed ja seda raskem on käitumist tulevikus muuta (Moffitt jt 2002).

Laste ja noorte riskikäitumist soodustavad erinevad mõjutajad, mis ei eksisteeri omaette, vaid lõimuvad aja jooksul ja võimendavad üksteist (Bry jt 1982; Brook jt 1993). Näiteks probleemid koolis toovad sageli kaasa ka pinged kodustes suhetes, millest suhtlemine lapse ja vanema vahel muutub negatiivsemaks, mis omakorda loob lapsele tingimused ja motivatsiooni suhelda teiste noortega, kellel on sarnased probleemid.

Puberteedieaga kaasneb noorte varasemast suurem vajadus leida oma koht ka väljapool kodu, mistõttu on selles eas noortele iseloomulik veeta aina enam aega eakaaslastega ja vähem perega (Berndt jt 1990). Kui nooremate laste sõprussuhted kujunevad läbi ühiste

huvialade ja tegevuste, siis teismeliste suhted tuginevad sarnasel hoiakutel ja isikuomadustel (Steinberg, 1991). Uuringud on korduvalt näidanud, et positiivse elustiiliga noored valivad pigem prosotsiaalseid sõpru, kuid antisotsiaalsed või probleemse käitumisega noored suhtlevad pigem omasugustega. Sellist lähtuvalt võib sõpradel olla nii riskikäitumist soosiv kui takistav mõju.

Uuringud on korduvalt kinnitanud ka peresuhte ja vanemate olulist mõju laste käitumisprobleemidele (Lochman jt 2002). Vanemlik järelevalve on üks olulisemaid perekondlikke mõjutajaid, mis kas soodustab või takistab käitumisprobleemide kujunemist (Steinberg jt 1994). Lapsevanema emotsionaalselt soe, kuid selgelt seatud piirangutega kasvatusstiil (ehk autoriteetne vanemus) aitab käitumisprobleeme kõige paremini ennetada. Seevastu lapse käitumisele piirangute puudumine ja vähene vanemlik järelevalve on lapse käitumisprobleeme soodustavad (Steinberg, 1991). Vanemlike oskuste puudujäägid võivad olla sageli seotud vanemate endi toimetulekusustega – kui lapsevanem ei tule toime enda eluga, siis pöörab ta vähem tähelepanu ka lapse toimetulekule, on enam pinges ja ei suuda teismelise kasvatamisega kaasnevate väljakutsetega edukalt toime tulla. Vanemad võivad selliseid lapsi märkamatu eemale tõugata, mistõttu aja jooksul seob noor end rohkem eakaaslastega ja allub vähem vanemate kontrollile. Kuigi vanemate otsese mõju vähenemine on teismeeas normaalne, siis on käitumisprobleemidega noorte peredes tihtipeale vanematel mõju liialt vähene (Patterson jt 1994; Schmidt jt 1996).

Sarnaselt teistele pereteraapiatele, käsitleb MDFT perekonda suhtlemismustrite süsteemi, mis mõjutab pereliikmete individuaalset käitumist (Poulsen, 2006; Dakof jt 2011). Nii käsitletakse lapse probleemset käitumist perekonna kontekstis, ilminguna pere probleem-

setest suhtlemismustritest ja kohanemiskustest. Sellest lähtuvalt on MDFT terapeudi ülesanne mõista iga konkreetse pere toimimustreid ja töötada peresüsteemi kui tervikuna. Lisaks töötab MDFT terapeut samaaegselt ka pereväliste süsteemi-dega – suhted eakaaslastega, suhted haridus-, sotsiaal- ja õigussüsteemiga (Liddle, 2002). Sellise lähenemisega püüabki MDFT meetodika teraapiaprotsessi kaasata võimalikud paljud olulised lapse käitumisprobleeme soodustavad ja pärssivad tegurid nii tema peresüsteemis kui ka kodust väljapool. Kuna noorte retsidiivne käitumine mitmemõõtmeline häire, siis ei piisa oluliste muutustest saavutamiseks sageli vaid positiivsetest muutustest peresüsteemis (Dishion jt 2003, Komro jt 2001). Just sel põhjusel keskendub MDFT ka perevälistele süsteemidele (Liddle, 2002).

Eelnevalt sai rõhutatud, et nooremas eas välja kujunenud käitumisprobleemid on vanemas eas raskesti muudetavad. Just sellele teadkisele tuginedes on MDFT suunatud eelkõige nooremaealistele, et sekkuda varases teismeeas, mil pikaajaliste ja tõsiste käitumisprobleemide kujunemist on võimalik kõige tõhusamalt ennetada ja leevendada (Spath jt 2002). MDFT programmi väärtus ja unikaalsus seisneb selles, et paljud riskikäitumisega noortele suunatud sekkumisprogrammid on kitsa lähenemisega – keskendutakse vaid sõltuvuskäitumisele, vaimsele tervisele, kooli- või pereprobleemidele jms (Hawkins 2009). Samas on kõrge riskikäitumisega noortel pea alati hulganisti erinevaid probleeme – psühhiaatrilised erivajadused, õppimiskusted, konfliktid koolis, düsfunktsionaalsed peresuhted, antisotsiaalsed sõbrad, väljakujunenud sõltuvuskäitumised jms – mistõttu peavad ka nende probleemide lahendamisele suunatud sekkumised suutma neid eri probleeme käsitleda (Rounds-Bryant jt 1999). MDFT eristubki selle poolest, et läheneb noore käitumisprobleemidele süsteemselt ja tervikuna ning on

seetõttu ka üks kõige tõhusamatest sekkumisprogrammidest tõsiste käitumisprobleemidega noortele (Rowe jt 2003, Hogue jt 2008). Kuigi akadeemilised uurimused sellist lähenemist soovivad, siis on vastavaid sekkumisprogramme tänaseni siiski üksikuid (Kaminer jt 2008, Riggs 1998, Craig jt 2008).

1.2. MDFT programmi kirjeldus

MDFT programm on üles ehitatud põhimõttel, et programmi protokoll näeb küll ette kindlad etapid, mis tuleb iga perega läbida ja meetodid, mida kasutada, kuid terapeudil on vabadus etappe läbida veidi erineval viisil ja tempol, sõltuvalt konkreetse noore ja ta pere vajadustest (Rowe jt 2003; Liddle, 2002).

MDFT programmi kestvus ja intensiivsus varieerub, kuid enamasti töötab terapeut ühe perega 4-6 kuud ja kohtumised toimuvad iga-nädalaselt (vajadusel ka mitu korda nädalas). Võimaluse korral toimuvad kohtumised pere kodus. Lisaks näost-näku kohtumistele toetavad teraapia protsessi ka sagedased telefonikontaktid, mis aitavad perel meeles pidada kokkulepituid käitumisi ja toetada käitumiste elluviimist. Lisaks perekonnale kontakteerub terapeut ka pereväliste süsteemide esindajatega – õpetajad, sotsiaal-töötajad, karjäärinõustajad, kriminaalhooldajad, psühhiaatrid jms. Selliste kontaktide iseloom ja sagedus sõltub iga konkreetse pere vajadustest.

MDFT programmi elluviimine jaotub kolme etappi. Igal etapil on omad eesmärgid ja sekkumismeetodid, mis tuleb saavutada enne, kui liigutakse edasi järgmisesse etappi.

MDFT programmi **esimeseks etapiks on terapeutilise liidu loomine**. Tegu on sageli kõige intensiivsema teraapia etapiga, kus vahetult peredega kontaktis olla lausa igapäevaselt. Esimeses etapis on oluline aidata perel mõista põhjuseid, mis nad teraapiasse on toonud ja

tekitada perel motivatsioon teraapias osalemiseks. Sealjuures on oluline anda perel lootust ja usku paranemisse, et ennetada ravi katkestamist. Pere jaoks on teraapias osalemine suur muutus ja terapeudi ülesanne on teha kõik selleks, et pere tunneks end mõistetuna ja oodatuna ning oleks teraapia osas positiivselt meelestatud. Esimeses etapis tutvub terapeut põhjalikult perega seotud erinevate süsteemidega ja otsustab, milliste probleemidega tegelemine annab kõige parema tulemuse. Perega koos sõnastatakse ootused ja ühised eesmärgid, mille saavutamise nimel üheskoos tööd tehakse. Selle põhjal koostab terapeut süstematiseeritud teraapiaplaani, millest lähtuvalt toimuvad edasised kohtumised nii pereliikmete kui pereväliste isikutega.

Teises etapis asutakse harjutatama uusi käitumisviise ja looma käitumismuutust soodustavaid tingimusi nii kodus kui koduvälises keskkonnas. Esimeses etapis on terapeut kogunud pere ajaloo, mõtte- ja suhtemustrite kohta piisavalt põhjalikku ja süstemaatilist infot, mida ta saab teises etapis kasutada perle sobivate uute käitumismallide kujundamisel. Terapeudi ülesanne on luua õhkkond, mis julgustab pere leidma uusi viise oma probleemide lahendamiseks ja neid samm-sammuliselt ellu viima, sh peab terapeut jälgima, et iga samm oleks perle elluviimiseks jõukohane. Üheks olulisemaks ülesandeks on ületada pessimistlik 'see-ei-ole-niikuinii-võimalik' suhtumine (nii perekonnas kui perevälistel isikutel). Selleks tuleb võimaldada perel kogeda olukordi, mis ilmestavad muutuste võimalikkust ja näitlikustavad, et muutused on võimalikud. Muutuste kogemiseks on sageli vaja terapeudil samaaegselt tegeleda ka pereväliste süsteemidega ehk teha koostööd kooli, sotsiaalvaldkonna, õigussüsteemi jms esindajatega. Uute käitumiste harjutamine võib kaasa tuua ka ebaõnnestumisi, mis MDFT protsessis on käsitletud positiivsete ja kasulike olukordadena, sest võimaldavad perel taaskeskenduda teraapia ees-

märkidele ja leida lisamotivatsiooni pingutamiseks. Sarnaselt suhtutakse ka muudesse kriisidesse, mida pered teraapia protsessi käigus kogevad.

Teraapia **kolmandas etapis tegeletakse muutuste kinnistamisega ja teraapiasuhte lõpetamisega**. Asjaolu, et MDFT programmis osalemine on pere jaoks ajaga piiritletud (4-6 kuud), tuletatakse perele meelde läbivalt kogu teraapia protsessi käigus. Teraapia lõpule lähenedes muutub ajasurve keskseks teemaks igal kohtumisel perega, et valmistada neid ette teraapiasuhte lõppemiseks ja iseseisvaks edasitegutsemiseks. Teraapia lõpetamise aja valiku üle otsustab terapeut, kes lähtub otsuse tegemisel võimalikult ausast hinnangust saavutatud töötulemustele ja võimalikult realistlikust lähenemisest sellele, milline muutus on iga konkreetse pere jaoks piisavalt hea. Heaks tulemuseks võib pidada muutusi, mis võimaldavad perel iseseisvalt liikuda edasi järgmiste positiivsete muutusteni. Piisavalt heaks aga võib pidada väga keeruliste juhtumite puhul ka näiteks käitumisprobleemide süvenemise peatumist. Teraapia lõpetamise protsessi oluliseks osaks on perega koos mõtestada toimunud muutusi ja sõnastada edasised muutuste eesmärgid. Terapeudi ülesanne on pere võimestada ja süvendada usku oma toimetulekusse ilma terapeudi abita. Kui MDFT käigus on saavutatud positiivseid muutusi perevälistes süsteemides, siis saavad nende süsteemide esindajaid olla edaspidi perele toeks.

Kõigi eelnevalt kirjeldatud etappide käigus toimivad terapeudil nelja tüüpi teraapia sessioonid: 1) sessioonid noorega, 2) sessioonid vanema(te)ga, 3) sessioonid teiste pereliikmete ja pereväliste isikutega, 4) sessioonid lapse ja vanemaga.

Noore osalusel toimuvatel sessioonidel on terapeudi ülesanne aidata noorel õppida mõistma oma tundeid ja mõttemustreid, kuidas positiivselt suhelda nii oma eakaaslaste, kui ka

vanemate ja teiste täiskasvanutega, kuidas lahendada probleeme ja konflikte ning kuidas kontrollida oma emotsioone, sh viha ja muid negatiivseid impulsse juhtida. Lisaks tehakse tööd noore prosotsiaalse identiteedi kujundamisega, et saavutada MDFT peamine eesmärk – asendada hälbiv elustiil uue positiivsema elustiiliga. Selle saavutamiseks on väga oluline roll terapeudi ja noore omavahelisel suhtel – kuivõrd tajub noor terapeuti usaldusväärse täiskasvanu ja liitlasena.

Lapsevanematega töötades on terapeudi ülesanne vähendada emotsionaalset distantsi lapse ja vanema vahel, mille saavutamiseks tegeletakse eelkõige suhtlemismustrite murdmisega ja uute suhtlemisoskuste omandamisega. Seda selleks, et laps ja vanem oleksid võimelised omavahel tulemuslikult suhtlema – oma arvamust avaldama ja teist poolt ära kuulama. Nii õpivad lapsed oma vajadusi selgemalt väljendama ja enda eest seisma ning vanemad õpivad last paremini toetama.

MDFT-le on iseloomulik ka terapeudi roll pere toimetulekuraskuste ületamisel. Näiteks on terapeut abiks lapsevanemale, kes ei tule toime bürokratiliste ja korralduslike ülesannetega. Nii näiteks saab terapeut aidata perel jõuda vajalike teenusteni (nt finants- ja õigusabi, meditsiiniline abi jms), aidata transpordi, elukoha või töö leidmisega seotud küsimustes ja olla abiks lapse positiivsete vaba aja tegevustes osalemise korraldamisel.

1.3. MDFT tulemuslikkus

Varasemad MDFT tulemuslikkuse uuringud on läbi viidud Ameerika Ühendriikides ja erinevates Euroopa riikides. Uuringuid on läbi viidud peamiselt 11-18-aastaste, erineva etnilise tausta, sotsiaalmajandusliku olukorra ja elupiirkonna taustaga noorte seas.

Valdavalt on varasemates MDFT mõjusid hindavates üksikuuringutes keskendunud sõltuvus-

ainete tarvitamisele ning leitud, et programm on tulemuslik sõltuvusprobleemide leevendamisel. Lisaks on täheldatud, et MDFT programmis osalenute seas esineb varasemast vähem retsiidiivset käitumist ja läbikäimist teiste õigusrikkujatest eakaaslastega (Rowe, 2010; Liddle jt 2008; Hogue jt 2002). Paranenud on ka programmis osalenud noorte õpitulemused, vähenenud käitumisprobleemid koolis, paranenud turvaseksi käitumine ning vähenenud depressiooni ja ärevuse sümptomid (Liddle jt 2009, Rowe 2010; Liddle jt 2008; Marvel jt 2009; Liddle jt 2001, Liddle jt 2004).

Lisas 1 on esitatud ülevaade senistest uuringutest ja nende peamistest tulemustest, sh ülevaade seni teostatud neljast meta-analüüsist, mis käsitlevad ka MDFT programmi. Meta-analüüsist ilmneb, et erinevate MDFT programmi mõjusid hindavate üksikuuringute tulemused erinevad üksteisest märkimisväärselt, mis võib olla tingitud küllaltki suurtest erinevustest uuringu sihtrühmades (sõltuvus- ja käitumisprobleemide tõsidus varieerub uurin-gute lõikes olulisel määral). Samas tuuakse MDFT puhul tugevusena välja, et tegu on programmiga, mida on testitud väga erinevates kontekstides ja sihtrühmadel, mis võimaldab hinnata, mis oludes ja kellele on programmi kõige mõistlikum pakkuda.

Kõige hiljutisem meta-analüüs pärineb aastast 2017, mille autorid on püüdnud varasematest meta-analüüsistest põhjalikumalt analüüsida spetsiifiliselt just MDFT programmi laiapõhisemaid mõjusid kui vaid mõjud sõltuvuskäitumisele. Analüüsi hõlmatud kaheksa randomiseeritud kontrolluuringu tulemuste meta-analüüsi tulemusena ilmnis, et **MDFT programmiga saavutatakse teistest programmidest enam positiivseid mõjusid tõsisema sõltuvusprobleemiga ja tõsisemate käitumisprobleemidega noorte seas**. Selline tulemus on autorite hinnangul loogiline, sest algselt ongi MDFT välja töötatud kui programm sõltuvus-

häiretega (eelkõige mitte-opioidide tarvita-jatele) ja keerukate käitumisprobleemidega noortele. Erinevate mõjukategooriate osas (peresuhted, psühholoogiline ja emotsionaalne seisund, õigusrikkumised, sõltuvusainete tarvitamine) näitavad meta-analüüsi tulemused, et MDFT on teistest teraapiatest pisut tõhusam (erinevus teistest ligikaudu 13%). Analüüsist selgus, et MDFT tulemuslikkus ei sõltu osalejate soost, vanusest, etnilisest päritolust või sotsiaal-majanduslikust taustast – seega on programm sobiv laiale ringile noortele.

Lisaks meta-analüüsidele valmis Campbell Collaboration poolt 2015. aastal süstemaatiline ülevaade MDFT programmi tulemuslikkusest sõltuvusprobleemidega noorte seas. Süstemaatilise üle-vaatesse kaasamise kvaliteedi-nõuetele vastas viis uuringut, millest kolm on valminud MDFT programmi arendajate teostusel, üks uuring programmi arendajate ja sõltu-matu uurija koostöös ning ühe uuringu autorid olid ainult sõltumatud uurijad. Neli uuringut on teostatud Ameerika Ühendriikides ja üks uuringut viies Euroopa riigis. Süstemaatilise ülevaate autorite kohaselt saab nimetatud viiele uuringule tuginedes järeldada MDFT programmi tulemuslikkuse kohta, et **võrreldes teiste sarnaste programmidega on MDFT programm mõnevõrra tulemuslikum sõltuvusainete tarvitamise vähendamisel**. MDFT tugevusena tõid autorid välja parema programmis osalemise määra – sõltuvusprobleemidega noored püsivad MDFT programmis paremini (ei katkesta osalemist) kui teistes sarnastes programmides. Ülevaate autorid tõdevad, et paraku ei ole neil võimalik anda hinnangut, kuivõrd on MDFT tulemuslikum teistest sarnastest programmidest hariduse, riskikäitumise ja peresuhetega seotud näitajate paranemisel. Seda põhjusel, et analüüsi kvalifitseerunud uuringutes ei olnud hariduse, riskikäitumise ja peresuhete kohta kogutud põhjalikke andmeid, mis võimaldaks teha vettpidavaid järeldusi.

2. Juhtumite analüüs

2.1. Metoodika

Juhtumianalüüsi meetodi fookuses on üksikjuhtumid, mida käsitletakse näidetena mõne konkreetse nähtuse kohta – antud juhul konkreetsete perekondade kogemused kui peegeldus MDFT programmi elluviimise protsessist ja tulemuslikkusest. Kuna MDFT on sekkumismeetod, mille keskmeks on perekond, siis on programmi tulemuslikkusele hinnangute andmiseks oluline analüüsida konkreetsete programmis osalenud perede kogemusi.

Juhtumianalüüsi meetod võimaldab käsitleda kõiki erinevaid tegureid ja nende omavahelist interaktsiooni, mis on MDFT tulemuslikkust võinud mõjutada. Struktureeritud intervjuud võimaldavad koguda väga mitmekülgset ja sügavutiminevat infot MDFT programmis osalenutelt. Kogutud infot saab kasutada nii juhtumianalüüsiks, kui ka programmi elluviimise protsessi analüüsiks. Intervjuu meetod annab programmis osalenud inimestele võimaluse jagada oma kogemusi vaba vestluse käigus ja seeläbi koguda programmi kohta väga detailset, narratiivset infot, mida on muul moel keeruline koguda.

Koostöös Eesti MDFT terapeutidega valiti analüüsiks kolm juhtumit, mis terapeutide hinnangul iseloomustasid erinevat tüüpi juhtumeid, millega nad senise MDFT programmi jooksul on töötanud. Juhtumid valiti erinevatest Eesti piirkondadest, üks juhtum oli venekeelne, kaks juhtumit olid edukad ja üks juhtum ebaedukas.

Iga juhtumi kohta andmete kogumiseks viidi läbi poolstruktureeritud individuaalsed süva-intervjuud nelja-viie inimesega, sh noore endaga, tema vanemaga, perega töötanud MDFT tera-

peudiga ja ühe-kahe peret tundva spetsialistiga (kooli esindaja, sotsiaaltöötaja, alealiste komisjoni esindaja).

Kõik intervjuud toimusid näost-näku kohtumistel, mille leppis iga intervjuueeritava kokku intervjuueerija. Igal juhtumil oli oma intervjuueerija, kes teostas kõik juhtumi intervjuud. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Peale transkribeerimist helisalvestused kustutati.

Enne lapse ja lapsevanema intervjuu algust selgitas intervjuueerija neile uuringu sisu, eesmärgi ja andmete konfidentsiaalse tagamist, põhjendati salvestamise vajalikkust ja küsiti nõusolekut salvestamiseks. Seejärel võeti nii lapselt kui vanemalt kirjalik allkiri uuringus osalemise nõusolekulehele. Lapsevanemalt küsiti kirjalikku nõusolekut ka tema lapse uuringus osalemisele. Mõlemale anti koju kaasa ka kirjalik uuringut tutvustav infoleht, millel oli märgitud ka intervjuueerija kontakt juhaks, kui intervjuueeritaval tekib peale intervjuud uuringu kohta küsimusi või ta soovib uuringus osalemisest loobuda.

Süvaintervjuu kava kooskõlastati uuringu tellijaga ja intervjuul käsitleti järgmiseid teemasid (vt lisa 4, lisa 5, lisa 6 ja lisa 7):

- Noore ja tema pere elu enne ja pärast programmis osalemist
- Programmi suunamise asjaolud, programmis osalemise eesmärgid ja motivatsioon (sh milliseid probleeme sooviti sekkumisega lahendada või leevendada; mis motiveeris osalema ja osalust mitte katkestama)
- Tunnetatud kasu programmist (sh kuivõrd eesmärgid saavutati ja mis olid need tegurid,

mis viisid eesmärkide saavutamise või mitte-saavutamiseni)

- Programmi elluviimise korralduslikud aspektid (sh takistused programmis osalemiseks, raskused programmi elluviimisel jms)
- Kuivõrd lähtusid terapeudid MDFT programmi metoodilistest nõuetest

Kokkuvõtteid juhtumitest tutvustati Eesti MDFT terapeutide seminaril, kus neid üheskoos arutati ja hinnati, mille poolest on iga juhtumi asjaolud iseloomulikud ka teistele MDFT programmi juhtumitele ehk kuivõrd hästi kirjeldavad valitud kolm juhtumit ka teiste programmis osalenute kogemusi.

Kõigi juhtumite kirjeldamisel on kõigi juhtumiga seotud inimeste ja asukohtade nimed muudetud.

2.2. Juhtum 1. Henri, 13-aastane

Henri pere iseloomustus

Henri pere on 5-liikmeline, lisaks emale ja isale kasvas peres ka kaks väiksemat venda – alla 1-aastane ja 5-aastane. Pereisa on Henrile kasuisa, kuid Henri nimetab teda oma isaks, sest nende omavaheline suhe on väga hea ja kasuisa on kasvatanud teda alates 4. eluaastast. Oma bioloogilise isaga Henri läbi ei käinud. Nii Henri kui ka ülejäänud pere jaoks on isa autoriteet, kellele püüti alati näidata, et pere tuleb hästi toime. Isa töötas kodust kaugel ja käis kodus vaid nädalavahetustel (teraapia protsessi käigus leidis isa töökoha kodule lähemal).

Ema oli isa kaugel töötamise tõttu ülekoormatud ja seetõttu ootas Henrilt kodus abi ja panustamist. Isa kohaloleku puudumine tõi kaasa olukorra, kus ema jaoks oli „meheks kodus“ kõige vanem poeg, kes oleks abiks. Henri küll mõistis ema suurt koormatust üksi kolme lapsega toime tulla, kuid ema nõudmised olid tema jaoks liiga suured ja tekitasid lapses tunde, et ta ei ole suuda kunagi ema silmis piisavalt panustada. Selle pinnalt tekkis ema ja poja vahel palju tülisid ja Henri tahtis võimalikult palju aega kodust eemal olla. Kuigi Henri oli vähe kodus ja eelistas aega veeta sõpradega, siis alati tuli kokku lepitud kellaajaks koju - kodust ärajooksmisi, öösiti kodust ära olemisi jms ei toimunud.

„Suuremad probleemid ja tülid tulid siis, kui mees pidi teise linna tööle minema. Et ma tundsin ennast üksi ja et keegi mind ei aita ja meest kodus ei ole ja siis nagu tekkisidki need tülid... /---/ Ja eks ma olin ise ka väga närviline ja tekitas tuska, et laps ei taha nagu tegeleda millegagi, ei taha kodus olla ja ei taha mind aidata ja noh eks see kõik kokku tekitaski hästi palju probleeme.“ (Ema)

„Henri mõistis väga kenasti, kuidas ema on üle kurnatud, läbipõlenud.. Henri oli nagu seal selleks, et ema probleeme lahendada. Kuid seda oli liiga palju tema jaoks, kui tal löid pea peal lained kokku, siis ta pani kodust minema. Aga mitte selle pärast, et ta ei hoolinud, vaid selle pärast, et ta tundis, et mitte kunagi ei ole piisavalt.“ (Terapeut)

Vanemad ei suutnud Henri käimisi kontrollida ja seetõttu olid sagedased olukorrad, kus ema keelamisele vaatamata ei muutnud poeg oma käitumist. Näiteks oli ema keelanud tal „probleemsete“ sõpradega läbi käia, kuid Henri nendega läbikäimist ei lõpetanud. Samuti tuli väga sageli ette olukordi, kus Henri valetas vanematele, näiteks selle kohta, kus ta viibib või mida teeb.

„Ma ei usaldanud [Henrit]. Üldse ei usaldanud. Ma ei saanud teda usaldada, sest ta ainult valetas mulle. Ei olnud absoluutselt mittemingisugust usaldust.“ (Ema)

Intervjueeritud spetsialistide hinnangul oli ema ja poja keerulise suhte soodustajaks ka asjaolu, et pereisa kodust eemal töötamine jättis ema probleemidega sageli üksi ning kahe väikese lapse ja töö kõrvalt ei olnud emal piisavalt jaksu Henri käitumisprobleemidega üksi toime tulla.

Pere majanduslik toimetulek oli keeruline, tänu pingutustele tuli pere ots-otsaga kokku, kuid ette tuli ka olukordi, kus söögiraha jäi puudu. Küll aga oli perel toetav lähikondlaste võrgustik (ema õe pere, vanaema jt), kellega tihedalt suheldi. Sõltuvusprobleeme perekonnas ei täheldatud.

Terapeudi hinnangul oli pere tugevuseks ema ja poja erakordselt tugev kiindumussuhe, mis oli küll mattunud viha ja hüsteeria alla, aga oli ressurss, mida sai teraapias edukalt rakendada.

„MFDT tulemuslike perede üks ühine joon, mis ka selles peres on esindatud, on see, et keset kõike seda pörgut on neil suur igatsus tegelikult üksteise mõistmise järele. Kuigi see näeb alguses välja, et kõik vihkavad üksteist.“ (Terapeut)

Henri iseloomustus

Terapeudi hinnangul on Henri näol tegu nutika ja intelligentse poisiga, kes on oma vanuse kohta keskmisest küpsem, nii oma suhtumiselt kui suhtlemiselt. Samuti on tegu hooliva ja empaatilise poisiga, kes ei karda olla tähelepanu keskmises ning on hea organiseerija ja eestvedaja.

Henri käitumisprobleemid on terapeudi hinnangul tingitud peamiselt tema impulsiivsusest. Oma impulsiivsusest tulenevalt oli Henri ka võrdlemisi kergesti manipuleeritav.

„Henri iseloomujoon number üks oli impulsiivsus. Tema oli see poiss, kes oli võimeline võtma ühe sigareti selle hinnaga, et toob asemele terve paki, nagu sõprade käest. Et kui tal oli ühte sigaretti vaja, siis ta ei mõelnud, kui palju see talle hiljem maksma läheb ja see oli kõikides asjades läbiv. Ja kui vaadata tema kriminaalsete tegude eripärasid, siis need on ikkagi suurel määral impulsiivsusest kantud. /---/ Ta oli ka kõva kakleja. Ma arvan, et see ei ole seotud tema loomupärase vägivaldusega, vaid just nimelt sellega, et süütenöör oli tal väga lühike.“ (Terapeut)

„Impulsiivsus on nii negatiivne kui positiivne omadus. Impulsiivsus on see, mis pani teda kangidega võõrast autot segi peksma nii, et pärast oli, et ma ei tea, miks ma seda tegin. Ja samas impulsiivsus on see, millele ma saan loota, kui ma ütlen, et kas tõesti sõbrad suudavad sind tee pealt välja rammida, kuidas sa siis ise ei suuda oma rooli hoida. Siis ma tean, et impulsiivne poiss läheb selle peale väga kaasa, teine vaatab, et mis asja see tädi seal manipuleerib, aga impulsiivne poiss läheb manipulatsioonidega paremini kaasa.“ (Terapeut)

Koolis iseloomustati teda äkilise, püsimatuna ja rahutuna, kes sattus sageli sekeldustesse – oli suur vaidleja ja kohtumõistja, kes enne ütles ja siis mõtles. Henri õppeaeg on olnud keskmine, klassikursuse kordamisi ei ole olnud. Puudumisi on olnud periooditi, kuid mitte väga palju. Klassikaaslastega sai Henri hästi läbi, konfliktseid olukordi aga tekkis õpetajatega, kes talle ei meeldinud. Samas oli ka neid õpetajaid, kes talle meeldisid ja kellega oli läbisaamine hea.

Huvitegevusega Henri ei tegelenud ja hobisid tal ei olnud. Tema sõpradeks olid teised kohalikud lapsed, vähem klassikaaslased, sest paljud klassikaaslased elasid linnast väljas. Henri sõpruskonnas oli nii temast nooremaid kui vanemaid, enamus neist omasid samuti kogemust alaealiste komisjoniga.

„Henri oli väga jännis sellega, et surve eakaaslaste võrgustikult oli väga tugev ja tal ei olnudki midagi muud. Tal ei olnud huvitegevusi, hobisid ja ta ei käinudki väljaspool kooli kusagil ja siis niisugused sõbrad, et ema ütles, et väga halva kuulsusega piirkonnas.“ (Terapeut)

Sõpradega veedeti koos aega „niisama hängides“, Henri enda sõnul midagi asjalikku ei teatud. Seltskonnas oli ka alkoholi joomist, kanepi proovimist, kuid tegu oli pigem katsetamistega ja regulaarseid

tarvitajaid seltskonnas ei olnud. Henri sõnul meeldisid talle oma sõbrad, sest neid sai usaldada ja ei olnud millegi pärast vaja karta, sh nad „ei pannud kitse“ ja ei rääkinud üksteise saladusi välja.

Tähelepanekuid Henri agressiivse käitumise kohta tehti esmakordselt lasteaias. Temaga algkoolis kokku puutunud spetsialistid on pidanud käitumisprobleemide üheks põhjuseks ka perre sündinud uut last, peale mida Henri käitumine muutus probleemsemaks. Algkoolis diagnoositi Henril ka hüperaktiivsus.

„Et see oli jah neljandas klassis, kui ta hakkas selliseid tegusid tegema ja tulid puudumised ja siis nagu läkski kõik allamäge.“ (Ema)

MDFT programmi suunamine

Henri sattus esimest korda alaealiste komisjoni 8-aastasena, kui varastas poest mänguasja. Mõjutusvahendiks määrati hoiatus ja suunati saalihoki trenni. Teist korda sattus komisjoni 11-aastasena ja suitsetamise tõttu. Mõjutusvahendina suunati pereteraapiasse, mida ema ja poeg külastasid neljal korral. Lapse ja ema sõnul ei olnud teraapiast abi. Kolmas ja neljas suunamine toimusid 12-aastasena, paarikuuste vahedega, põhjuseks keldriboksi vargus, mobiiltelefoni vargus ja osalus sõiduki lõhkumises. Mõlemal korral määrati mõjutusvahendiks ühiskondlik töö, mille Henri teostas. Viies suunamine leidis aset paar kuud hiljem, kui Henri varastas suurema summa raha.

Alaealiste komisjoni liikmeid tegi murelikuks Henri tegude eskaleerumine, kus vargus ei olnud enam juhuslik näppamine vaid läbimõeldud tegevus. Komisjonile näis, et selline käitumine on kujunemas lapse jaoks normaalseks ja tavapäraseks käitumisviisiks. Kuna proovitud oli erinevaid mõjutusviise, mis tulemusi ei andnud, siis otsustati suunata MDFT-sse.

Nii ema kui laps kogesid alaealiste komisjoni suhtumist mõistva ja toetavana, mitte vaenulikuna ning teraapias osalemine tundus neile mõistlik mõte, siis olid nad nõus ka MDFT programmis osalema.

„Meil kõigil oli nagu mõistus otsas, et need Henri juhtumid läksid juba nii sagedaseks, et mida edasi teha, keegi ei osanud. Sest huvitegevusega ta ei tegelenud ja sõpradega koos oli see vaba aeg. Pere oli küll kehtestanud sellise keelu, et nende sõpradega ei suhelda, aga see ei andnud tulemusi. Ja emale oli ka Henri juba nii palju valetanud ja lubadusi andnud, et ema oli ka sellises, et ei osanud nagu teha midagi temaga. /---/ Et me olime üsna nõutud, kuni selle mitmedimensioonilise pereteraapiani.“ (Alaealiste komisjoni esindaja)

„Miks nüüd arvati, et tuleks MDFT-sse suunata, sest seal komisjonis nad läksid omavahel nii tugevalt tülli, et karjusid üksteise peale ja... Kui muidu on nõnda, et vanem ütleb lapsele, et okei, nüüd teeme seda või kuula, mis räägitakse, siis nad olid omavahel nii kõrge pingega konfliktis, et ema ei suutnud võtta vastust Henri eest ja Henri ei suutnud ka loomulikult võtta vastutust oma tegude eest. Aga nad olid nõus, et okei, nad käivad korra ära, kuigi nad olid käinud varem ka natukene teraapias. Nii et niimoodi nad jõudsidki.“ (Terapeut)

MDFT protsess

Henri pere osales programmis aktiivselt, avatult ja motiveeritult. Teraapia igapäevaste kohtumiste periood kestis viis kuud, misjärel muutusid kohtumised harvemaks ja lõpuks lõppesid. Alguses kohtuti lühikese perioodi jooksul kaks korda nädalas ja seejärel jätkati igapäevaste kohtumistega.

Enamik kohtumistest toimusid ema ja pojaga, kuid mõnedel kohtumistel oli kaasas ka isa ja mõned kohtumised olid vaid lapse või emaga. Isaga kohtumised said võimalikuks peale paari kuud, kui oli tekkinud sügavam usalduslik suhe terapeudiga ja ema oli nõus kohtumiste läbiviimiseks kodus. Sellele eelnevalt toimusid kohtumised terapeudi ruumides. Olukordi, kus osapooled ei tulnud kokku lepitud ajaks kohale, ei olnud. Nii laps kui ema hindasid kõrgelt seda, et kohtumiste aegade valikul lähtuti eelkõige perele sobivatest aegadest ja oldi paindlikud.

Esimesel kohtumisel oli terapeudile selge, et ema ja poja omavaheline suhe on väga pingeline ning korduvalt oli hetki, mil terapeudile tundus, et üks neist tõuseb püsti ja läheb minema. Esimese sessiooni lõpuks oli aga olukord muutunud – nii ema kui poeg olid rahunenud ja positiivselt häälestunud ning järgmiseks kohtumiseks ei olnud vaja neid veenda, sest valmisolek teraapia jätkamiseks oli mõlemal kõrge.

„Ei, mulle tundus [esimene kord] täitsa okei, et võib järgmine kord ka minna.“ (Henri)

„[Esimesel kohtumisel] hirmu ei tundnud, pigem ikka selline põnev ja ootusärev. /---/ Noh, Henril see algne suhtumine oli, et oh, jälle peab kuskile minema, mille jaoks, nagunii sellest mitte midagi kasu ei saa ja et noh... Tema jaoks see esimene kord, kui me nagu teada saime, et me lähme sinna, vist ei olnud väga positiivne. Tema jaoks tundus see hästi igav ja hästi tüütu tegevusena, et nüüd ma pean kuskile minema ja kuskil käima ja jutustama. Aga siis, kui esimene kord sai ära käidud, siis jutt muutus.“ (Ema)

„Jah, usaldus tekkis mul kohe esimesel korral, kui nagu, et... Ma tahtsin nagu alati tagasi minna, et ei olnud sellist olukorda, et ma enam ei taha või midagi siukest.“ (Ema)

„Esimese kohtumise lõpuks oli ema õudselt eufooriline, ta väga tänas ja ütles, et väga meeldiv oli. Ma arvan, et see oli lihtsalt see, et tema hirmud ei saanud kohatud. Ja samuti Henri oli nagu usalduslikuks muutunud, et kui alguses tal oli väga vilav pilk ja see konflikt tahtis nagu esimesel korral ka seal tulla, siis selle lõpuks ta oli ikkagi väga positiivselt häälestatud. Teinekord pered esimesel kohtumisel ei ole kohe nii ühest seinast teise, aga nemad olid.“ (Terapeut)

Teraapia protsessis motiveeris Henri osalust asjaolu, et peale teraapia sessioone oli ema alati rahulikum ja rõõmsameelsem, mistõttu oli neil ka vähem tülisid ja tal oli kodus rahulikum olla. Ema jaoks oli motivaatoriks juba esimesel kohtumisel kogetud tunne, et neil on võimalik sellest teraapiast abi saada. Kuigi teraapia protsessis oli ema jaoks mitmeid pingelisi olukordi, siis tõi ta positiivsena välja, et neist olukordadest saadi terapeudi abiga alati üle. Ema sõnul aitasid need olukorrad tal õppida oma lapsega paremini suhtlema - kuidas last tunnustada ja kuulata, motiveerida.

„Mõnikord ma tegin isegi nõnda, et kõigepealt ema ja Henri sessioon koos ja siis tegime eraldi veel emaga lisasessiooni. Seda sellistel juhtudel, kui ma nägin, et ema on nii üle

ujutatud, et tal on vaja filtreerida. Ma arvan, et osa Henri usaldusest tuligi sellest, et kui ma olin emaga tund aega otsa istunud, siis ema oli sellisest küllalt negatiivsest läinud küllalt positiivseks. Et Henri sai nagu koju sellise rõõmsama ja energilisema ja temasse paremini suhtuva ema. Et ma arvan, et see oli ka, miks Henri usaldus tuli.“ (Terapeut)

Henri sõnusti oli tal alguses hirm, et ta hakkab teraapias saama nõ peapesu, kuid juba esimesel kohtumisel mõistis, et seda ei juhtu ja sellest tekkis ka motivatsioon edaspidi osaleda. Terapeudi sõnul hakkas ajapikku Henri ise hoolt kandma selle eest, et iganädalased kohtumised toimumata ei jääks.

„[Pere tugevuseks oli ka] Henri tohutu motivatsioon ikkagi emaga ühendust saada. Seal oli niisugune olukord, kus ema karjus Henri peale terve rea etteheiteid, siis pöördus minu poole ja ütles, et näete, ma ei oska temaga suhelda ja Henri pöördus ema poole ja ütles, ema, selleks me olemegi siin, et me õpiks üksteisega suhtlema. Ei ole võimalik, et seda ütles nagu varateismeline, aga näe.“ (Terapeut)

Terapeudi sõnul võeti teraapia protsessis fookusesse järgmised dimensioonid: 1) Henri kriminaalsed sõbrad, 2) konfliktid koolis, 3) Henri kui vanemlikustatud laps ja tema suured kodused kohustused, 4) ema läbipõlemine ja 5) usaldusliku suhte loomine ema ja lapse vahel.

„See on MFDT eraldi teema, millega töötatakse, et tekitada see aversioon antisotsiaalsete sõprusringkondade vastu ja siis nagu tõmme prosotsiaalsete tegevuste ja sõprade vastu. Et see oli üks tähtsamaid tegevusi, millega tegelesime.“ (Terapeut)

„Mina sain tekitada Henris tõrget negatiivsete sõprade suhtes, aga ma ei saa ju talle võtta kusagilt positiivseid sõpru - seda tegi Henri ise. Ta vahetas kooli, ta leidis uued sõbrad, ta tõrjus teised eemale. /---/ Mingil hetkel pakkusin perele välja, et tulemas on skautide üritus ja seal on selline võimalus, et kui Henri tahab, siis ta võib minna sinna. Minu mõte oli, et Henri võiks näha ennast ka teiste külgede pealt, kogeda ennast ka teiste eakaaslaste pilgu läbi, mitte ainult ühed ja samad sõbrad kogu aeg kujundavad tema minapilti. Henri läks ja talle täitsa meeldis ja nüüd ta toimetab seal iseseisvalt, et mina ei puutu enam asjasse.“ (Terapeut)

„[Henri oli] vanemlikustatud laps ja tal olid väga suured perekondlikud kohustused. Ja ema läbipõlemine oli midagi, mis väga palju takistas. Kui muidu MFDT-s on niimoodi, et vanemad tahavad last aidata, aga seal on mured ja tõkked, siis sellel emal ei olnud jõudu, ta küsis kohe esimese asjana, et aga kes aitas mind kunagi, kui mina laps olin või kes mind toetab praegu.“ (Terapeut)

„[Üksteisele tehtud] etteheidetel oli väga suur jõud selles peres ja need olid väga konkreetsed etteheited, ei olnud sellised üldisemad. Aga teisalt, see tegi ka väga lihtsaks, et kui muidu on keeruline saada teismelist prügikasti välja viima, siis Henri käest ma küsisin, et kas sa tahaksid teada, millistel tingimustel sa õue saad. Henri ütles jah ja siis ema koostas nimekirja, mille pani külmkapi peale nii, et Henril oli väga hea, ütles, et näed, kõik linnukesed, nüüd ma võin õue minna. Ja ema oli rahul, sest kõik hakkas toimima. Ja Henri oli väga rahul, sest lõpuks ometi oli tal selge, mida ta peab tegema selleks, et lõpuks õue pääseda.“ (Terapeut)

Kooli dimensiooniga tegeleti vähem, sest Henri vahetas kooli ja soovis alustada nõ puhtalt lehelt. Samas oli kooli vahetamine terapeudi hinnangul teraapia protsessis kõige olulisem murdepunkt, mis aitas positiivseid muutusi saavutada.

„Arvan, et Henri puhul kõige olulisem läbimurde punkt oli see, kui ta otsustas, et vahetab kooli. Siis ta kasvas, ma arvan, umbes 20 cm ja tema ema ka oli nüüd valiku ees. Kui enne oli see ema, et ma tean, et ma olen paha poisi ema, ma pean käima igal pool kõrvad ludus, siis nüüd ta täiesti teadvustatult arutas, et nüüd, kui ma uude kooli lähen, kas ma peaksin rääkima, et temaga on nii palju jama. Et ema pidi nüüd kellegi võõra jaoks Henrit esitama kellegi sellisena, millesse ta ise veel päris ei uskunud, et Henri on. Et see oli ka ema jaoks murdepunkt.“ (Terapeut)

„Kui Henri vahetas kooli, siis ma küsisin, kas ma nüüd läheksin... Et meil on ju neljas dimensioon ka, et kas ma läheksin kooli, räägiksin klassijuhatajaga, räägiksin õppealajuhataja, aga siis arvasid nii ema kui Henri, et võib-olla on siiski parem, kui ta läheb sinna uude kooli kui tavaline poiss ja mitte niimoodi, et tuleb keegi, kes räägib, et oi, ta on kriminaalse taustaga ja ta on meil programmis ja vaadake, kohelge teda nagu kuidagi erilist, et las ta läheb nagu normaalne poiss.“ (Terapeut)

Terapeudi ja pere omavaheline suhe

Ema ja poja intervjuudest ilmnis selgelt, et pere kontakt terapeudiga oli väga soe ja lähedane. Mõlemad rääkisid terapeudist ja kogu MDFT protsessist vaid head ja ema väljendas ka tugevat tänutunnet. Henri iseloomustas terapeuti kui rahulikku, jutukat, hoolivat, mõistlikku ja heasüdamlikku, kellega ta julges kõigest rääkida.

„Ma arvan küll jah [et Henril tekkis usalduslik suhe terapeudiga], et nad ka klappisid omavahel nagu väga hästi. Nad siiaaani suhtlevad ikka edasi telefoni teel ja Henri käib terapeudi pojaga koos laagrites, mis mulle väga meeldib, et ta on nagu positiivselt meelestatud, talle meeldib.“ (Ema)

„[Terapeut oli] rahulik, jutukas, hooliv, mõistlik, heasüdamlik. /---/ Ta sai kõigest aru, ta suutis kõigele lahenduse leida. Kuidagimoodi. /---/ Nad [ema ja terapeut] saavad siiaaani jumala hästi läbi.“ (Henri)

Ka ema tõi välja terapeudi heasüdamlikkuse ja oskuse igas keerulises olukorras leida positiivset. Ema hindas ka terapeudi sõbralikkust, naeratavat nägu ja oskust pere motiveerida, samuti hindas ta kõrgelt terapeudi võimet pere olukorda mõista. Ema sõnul ei olnud ta varem oma elus sellist inimest kohanud.

„Väga meeldiv kogemus oli. Hästi tore inimene ja hästi palju aitas, et sain ikka lapsega suhetes selgusele. /---/ Ma ei ole varem veel sellist inimest kohanud, et hästi põlevat ja hästi heasüdamlikku, väga armas.“ (Ema)

„Võib-olla ka see, et mulle tundus, et ta nagu hoolib hästi palju. Et ta õpetas lapsega suhtlema. Et laps on juba nii suur, ta on juba teismeline mul ja siis nagu paraku ei oska seda, kuna mul on kaks last veel väiksemad, et siis kõik on nagu ühes pundis, et ei oska

ennast nagu, et ei oska ennast ümber lülitada. Et siis ta õpetas nagu, kuidas peab last hästi kuulama“ (Ema)

Henri sõnul oli tal MDFT terapeudiga kontakt palju parem kui varasema pereterapeudiga, kelle juures kunagi põgusalt käidi. Samuti tundus nii emale kui lapsele, et terapeut aitas neil igale olukorrale lahenduse leida ning jagas ka oma elu kogemusi – ei olnud eemalolev võõras, vaid lähedane ja „oma“ inimene. Emale tundus, et terapeut päriselt hoolib nende perekonnast ja soovib neid aidata. Usaldust aitasid kasvatada ka olukorrad, kus terapeut õpetas neile uusi oskusi, mida ellu rakendamine neil õnnestus ja tänu sellele suhted kodus paranesid. Ema jaoks võimaldas MDFT ka end nõ tühjaks rääkida ja kellegi õlal nutta. Ta hindas seda kõrgelt ja oli rahul, et tema ellu oli lõpuks tulnud inimene, kes seda võimaldas.

„Ma püüdsin väga töötada selles suunas, et Henri ja minu suhe ei läheks kunagi usalduslikumaks kui Henri ja ema suhe. Kui ma töötasin emaga, siis ma töötasin selle eesmärgiga, et Henri kogeks kodus, et oo, psühholoogi tädi on emaga midagi teinud, eks ole, mis on talle hea. Ja kui ma töötasin Henriga, siis kõige rohkem ikka selles suunas, et paraneks tema ja ema mõistmine või et paraneks läbisaamine vendadega, kasuisaga ei olnud seal midagi parandada, kasuisaga oli okei. Et ma arvan küll, et Henri usaldas mind selle koha pealt, et ta mingil hetkel noppis ära, et see tädi suudab muuta ema õnnelikuks ja rahuolevaks ka minu üle, mitte et mina suudan teha tema ema õnnelikuks ja rahuolevaks, vaid ma suudan teha ta õnnelikuks ja rahuolevaks Henri suhtes.“ (Terapeut)

Teraapia lõpetamine

Teraapia lõpetamine toimus tasapisi, kui kohtumised jäid lõpuole aine hõredamaks ja terapeut nägi positiivseid muutusi. Viimane kohtumine jäi ootamatute asjaolude tõttu ära, kuid kontakti hoiti telefoni teel.

„Meil hakkasid nagu kohtumised järjest hõredamaks jääma ja lõpuks olid iga kahe või kolme nädala tagant ja viimane kohtumine meil jäi ära. Mul olid autoprobleemid, ma ei saanud autot liikuma ja siis jäi jutt, et võtame siis ühendust, aga emal oli ka vahepeal teisi toimetamisi nii, et lõppude lõpuks see jäigi nagu õhku. Aga mõne aja pärast ma helistasin ja küsisin, et kuidas läheb ja neil läks nii kenasti ja, ühesõnaga peres hakkasid kõik head asjad järjest toimuma ja neil ei olnud enam teraapiaks aega. /---/ Nagu see viimane kohtumine ei olnudki oluline, sest asjad liikusid juba nii mürinal edasi. Ma mäletan, et ma veel emale ütlesin, et see on nagu jalgrattasõit, et kui ta juba nii kiiresti liigub ja kui sealt tädi hoiab kinni, siis see hakkab juba takistama.“ (Terapeut)

Ema jaoks oli teraapia lõpetamine keerulisem, kuna ta tundis puudust regulaarsetest toetavatest vestlustest terapeudiga, mis olid saanud harjumuspäraseks.

„Väga kurb oli, väga kurb oli. Et ei ole nüüd enam kellegagi rääkida. Muidu ikka juba tekkis harjumus, et iga nädal said kokku ja rääkisid. Et väga kurb oli. /---/ Oligi võib-olla positiivne see, et me oma asjadega nii kaugele jõudsime ja kõik muutus nii positiivselt ja noh, kergem on. Rohkem oli ikka kurb, et läbi sai. Oleks ikka võinud veel jah.“

Tajutud muutused MDFT tulemusena

Terapeudi hinnangul saavutati kõik kirja pandud eesmärgid – pere omavahelised suhted paranesid oluliselt, lapse koolivahetus õnnetus edukalt, Henriil uusi õigusrikkumisi ei ole olnud, muutused on toimunud ka Henri sõpruskonnas ja Henri on hakanud tegelema uute hobidega.

Emajaaks on kõige enam tajutud muutuseks uhkustunne oma poja üle ja kadunud hirm, et pojast saab kriminaal. Samuti on ema hinnangul oluliselt paranenud tema oskused oma lastega suhelda ja läbi rääkida.

„Mind ennast kõige rohkem puudutab see [muutus], et ema, iga kord, kui me helistame, ta on uhke Henri üle. Mis on täiesti diametraalselt vastupidine sellele, mis oli. Ta oli niivõrd ära häbistatud, ta oli niivõrd hirmul Henri tuleviku pärast, et sellest tuleb ju puhta kriminaal. Et nüüd ta on väga uhke ja jälgib oma poja edasisi samme suure vaimustusega. /---/ Emal on tekkinud ka Henri eest seismise oskus. Enne oli nii, et ta ründas Henrit, sest kõik ründasid teda ja ütlesid, et tee oma lapsega midagi ja ta ei osanud midagi teha. Aga nüüd ta räägib sellega ja tollega, viib paberid sinna ja tänna, vaatab, kuidas Henrit toetada ja heast küljest näidata ja see töötab, sest Henriil on palju häid külgi.“ (Terapeut)

„Ma ütleks, et Henri on väga palju muutunud ja edasi arenenud. Et meil on omavaheline usaldus jälle tekkinud tagasi ja ei ole enam rikkumisi ja õppimise on ka käsile võtnud. Et selles suhtes, no mõningaid asju ikka on, aga omavaheline suhtlus on paremaks läinud ja kodus ikka teeb ka midagi ja selles suhtes on väga palju muutunud.“ (Ema)

Emaja ja terapeudi hinnangul on paranenud ka Henri enesedistsipliin – ta suudab ennast motiveerida pingutama ja tegemised lõpuni viia. Ka koolivahetus toimus teraapia abil edukamalt.

„[Varem oli nii, et Henri] lõi kõigele käega. Kui välja ei tulnud, lõi käega ja nii ta jäigi ja nii ta läks. Aga nüüd on nagu asjad muutunud. Et ikkagi suudab seda teha, et kui ta lubab, et ta võtab ennast kokku ja teeb ära, et siis ta ikka teeb ka ära.“ (Ema)

„[Ilma MDFT-ta] oleks palju rohkem neid probleeme ja asju esile tulnud selle koolivahetusega. Et siis Henri nagu oskas palju paremini nende asjadega toime tulla. Et mida oodata ja kõike seda. Ja siis ma oskasin ka talle toeks olla.“ (Ema)

Samuti on ema sõnul paranenud üldine kodune kliima ja teraapia mõjud on laienenud kogu perele.

„Ma arvan, et Henri endaga on toimunud muutused väga paljud, ja ka üldse terves perekonnas. Mees kolis ju koju tagasi ja käib lähemal tööl, enam kodust ära ei lähe, on kogu aeg kodus, lastega tegeleb ja värki. Et kodus on hea olla nüüd, kodus on rahulik olla nüüd, kõik on koos ja kõik on õnnelikud.“ (Ema)

Henri silmis on toimunud küll positiivseid muutusi tema elus, kuid mitmete terapeudi ja ema poolt välja toodud muutuste kohta ütleb poiss, et ta lihtsalt on muutunud targemaks ja osavamaks – oskab hoiduda konfliktsetest olukordadest nii kodus kui mujal ja hoiduda vahele jäämisest.

„Ma lihtsalt ei käi ise enam väga selle seltskonnaga ringi. Et nagu nüüd ma pigem käin rohkem Pärnus, aga ega seal see seltskond oluliselt parem ei ole. /---/ Kõige naljakam on

see, et seal ei toimu ka nagu eriti mitte midagi. Et põhiline ongi see, et kõik joovad ja suitsetavad ja istuvad ja räägivad niisama juttu niimoodi.“

„Enam ma ei tegele selliste suuremate lollustega, et ma ei tea, laamendan midagi, lõhun midagi, et selliseid asju. Et seda alaealiste komisjoni nagu ei tuleks. Siia maani suitsetan, aga ma tarvitan neid niimoodi, et ma vahele ei jääks. Mul ema endal teab, et ma tarvitan neid nii, et ta ei saa seda ära keelata, sest ta teab, et ma ei loobu sellest.“ (Henri)

„Asi oli tegelikult niimoodi, et emale ma ei tahtnud mitte midagi rääkida, mida teen, sest ta räägib kõigile edasi, mida ma teen. /---/ Jah, ma ütlesin talle mitu korda [ka teraapias], et kui ta ei kuula, siis ma lihtsalt ei räägi rohkem talle midagi. /---/ See on tegelikult siia maani niimoodi. /---/ Ma ikka ei räägi. Ta teab, et ma väljaspool kodu teen ebaseaduslikke asju, aga ta nagu ei tea täpsemalt, milliseid ja kuna ja kus. Nagu kõige parem on see, kui ta ei tea, millega ma tegelen.“ (Henri)

Henri enda sõnul oli tema jaoks kõige olulisemaks muutuste motivatsiooniks soov mitte Tapa erikooli sattuda – teadmine, et uute õigusrikkumiste ja alaealiste komisjoni suunamise tagajärjel võib see juhtuda. Seetõttu ei soovi ta enam „suurte lollustega tegeleda“ ja mõistis, et on vaja end kätte võtta. MDFT kasudena tajub Henri, et teraapia aitas tal mõista, miks tema senisest käitumisest ei ole talle tegelikult kasu ja ilma teraapiata oleks ta suure tõenäosusega siiani jätkanud õigusrikkumistega.

„Ükskord alaealiste komisjonis öeldi, et saadavad mind Tapa erikooli ja sinna ma ei taha minna. Nii et see mõjutab mind nagu kõige rohkem, et ma sinna ei taha minna. /---/ Tol hetkel ma tundsin, et tuleb ennast kätte võtta.“ (Henri)

„[MDFT] aitas mul tegelikult väga palju muuta. See nagu tekitaski mulle sellise tunde, et nagu, mis mõttega ma neid lollusi teen, kui ma mitte midagi sellest nagunii ei saa, ainult endale kurja. /---/ Ja lõpuks on kõigil olnud nii palju jamasid, et see on mõistuse koju toonud.“ (Henri)

„Jah, mul oli enne seda, kui ma hakkasin seal [MDFT-s] käima, muidugi ma olin teadlik, et ma pean ennast kokku võtma. Ma olen normaalsemaks saanud küll. /---/ [Ilma MDFT-ta] ma pakun, et siis ma oleks siia maani neid tegusid teinud.“ (Henri)

Henri nõustub, et ema saab tänu teraapiale temast paremini aru, ei karju tema peale enam nii palju ja võimaldab tal rahulikult oma toimetamisi teha. Ta teadvustab, et oli varem ema usalduse kaotanud, kuid nüüd suutnud selle taastada.

„Aga nüüd ma ikka usaldan teda. Et see on väga meeldiv tunne, kui saad last usaldada. /---/ Jah, muretsen vähem. Et täna õhtul ta näiteks sõidab Tartusse üksinda, ta juba on mõned korrad Tartus käinud üksinda, ma usaldan teda täiesti, ma luban tal minna. Aga ütleme siin aasta tagasi, et ma oleks teda usaldanud kusagile niimoodi lasta minna, seda kindlasti poleks olnud. Ma oleksin ennast lolliks muretsenud sõna otseses mõttes. Et raudselt ta saab jälle millegi lolliga hakkama ja raudselt kõik asjad on jälle halvasti ja sealt tuleb jälle mingeid jamasid, aga täna seda enam ei ole. Ma võin öelda, et ma usaldan oma last.“ (Ema)

Terapeudi sõnul toimus tänu teraapiale nihe ka tuleviku ootustes:

„Neil olid enne ainult süüdistused, aga lõpu poole nad hakkasid ka koos unistama. Ema hakkas rääkima sellest, et Henri peaks hakkama õppima gümnaasiumis ja ülikoolis ja et ta on nii tark poiss, et ta jõuab kaugele. Et see oli alguses väga-väga teistmoodi. Emal oli ainult see, et saaks ta ainult kuhugile ära peita ja oleks ta ometi.. ei teeks mingit järgmist asja. Ja nüüd nad jõudsid selleni, et hakkasid koos unistama.“ (Terapeut)

„[Poolteist aastat tagasi] oleksin kindlasti öelnud, et see mees raudselt kukub trellide taha. Aga täna ma seda enam ei arva. /---/ Ma arvan, et temast tuleb väga tubli mees“ (Ema)

TABEL 1. KOKKUVÕTE JUHTUMI OSALISTE TAJUTUD MUUTUSTEST

Muutuste dimensioon	Juhtumi osaliste hinnang muutustele
Koolielu	Koolivahetus oli edukas ja uues koolis õpiedukus hea, konflikte õpetajatega ei ole.
Vaba aja veetmine ja õigusrikkumised	Vanade sõpradega suhtleb vähem. Uuest koolist ja mujalt leidnud uued sõbrad, kellega veedab enam aega. Kuigi sarnaselt varasemale veedetakse sõpradega aega „hängides“, siis uute sõpradega ei tehta koos enam nii palju pahandusi ja kui tehakse, siis oskab Henri varasemast paremini hoiduda vahele jäämisest. Lisaks tegeleb ka uute hobidega - kergejõustikuga, tuletõrjespordi ja skautlusega.
Suhted perekonnas	Suhted on rahulikamad, konfliktid on väikesed ja ei eskaleeru enam pingelisteks sõnasõdadeks. Ema on poja üle uhke ja usaldab. Pere veedab rohkem aega kodus ja pereisa osaleb aktiivsemalt pere elus.
Emotsionaalne tervis	Henri suudab varasemast sagedamini sõprade manipulatsiooni ära tunda ja „ei“ öelda. Suudab ka ennast rohkem fookuseerida ja oma tegemised lõpuni viia, sh kokku võtta (nt õppeainetes teha pingutusi hinnete osas).
Pere ootused tulevikule	Oluliselt positiivsemad.

Terapeudi refleksioon MDFT metoodika rakendamises

Terapeudi sõnul oli Henri pere MDFT jaoks väga sobiv ja meetodid toimisid hästi.

„Nende puhul toimis hästi see parental hell ehk vanemlik põrgu, täiesti fantastiliselt. Ema sai ennast tühjaks kallata ja siis ta sai mõelda, kuidas seda nüüd tõlkida, emotsionaalne taasühendamine, eks ole. Ema sai meelde tuletada, kunas neil olid head ajad Henriga ja mis siis töötas. Ja what's in it for me toimis mõlema jaoks väga hästi – emal oli väga selge, mida ta tahab ja Henril oli väga selge, mida ta tahab. Kriisikasutamine, no see perekond genereeris kriise väga suure entusiasmiga. Et kui nad tulid, siis nad olid alati lõhkemas ja seda sai teraapias kasutada. Nii et just need MDFT sekkumised selle perekonnaga küll töötasid nagu kuld.“

Üldiselt sai terapeut töötada selle perega nõ õpiku järgi ja olemasolevatele MDFT metoodika abimaterjalidele tugiedes. Keerukamates olukordades oli terapeutidele abiks kovichioon ning arutelud oma juhendaja ja superviisoriga.

„Oli täpselt manuaalile vastav pere ja reageerisid ka nagu manuaal ütleb, et kui te teete seda, siis tulemus on see. Ja kui ma tegin emale parental helli, siis tulemus oli ... ta oli kõik selle endast välja saanud ja ta leidis endas jõudu uut õhku sisse hingata ja hakata toimetama.“

„Abimaterjalid olid kõik olemas. Ma isegi, kui ma sessioonil olin, siis mul oli kuklas, et nüüd ma lähen ja otsin kohe selle koha ülesse, et see on manuaalis olemas.“

„Need kohad, kus mul lootus ära katkes, et siis see kovichioon superviisoriga aitas mu jälle kuidagi kaldale. Ja samuti siis see juhendamine.“

MDFT metoodikast erinevalt käsitles terapeut neljandat dimensiooni ja töötas vähem kooliga. Seda tulenevalt teraapia ajastusest, mis jäi suuresti suvisele perioodile.

„Ma neljandat dimensiooni peaaegu üldse ei kaasanud. See ei olnud seotud konkreetselt perega vaid teraapia ajastuse eripäraga. Me startisime mai alguses, kui kool hakkas läbi saama. Ja esimene staadium oli liidu loomine, mis võttis kaua aega ja kuivõrd nad olid väga kibestumust täis kooliga, siis ma mõtlesin, et mul on praegu tähtis siin need ühendused turvaliseks muuta, küll ma siis hakkas kooliga suhtlema. Aga siis oli terve suvi koolivaheajaga ja sügisel läks Henri teise kooli ja me otsustasime, et tal oleks seal puhas leht ja ei hakka MDFT-ga sinna sekkuma.“

2.3. Juhtum 2. Artur, 15-aastane

Arturi pere iseloomustus

Artur elab koos ema, kasuisa ja noorema poolvennaga. Perele lähedane on ka vanaema. Oma bioloogilist isa ei ole Artur näinud ega temaga kunagi elanud. Kasuisa on pere juures alates Artur 7. eluaastast ja nende läbisaamine ei ole hea. Pereliikmete omavahelised sagedased konfliktid tingivad peres pingelise olukorra, sh on suhted pingelised ka ema ja kasuisa vahel. Artur nõudis sageli ema käest, et ta mehest lahutaks.

„Ta ei kuulnud mind, ei mõistnud, ei tahtnud minuga rääkida. Näiteks tulin tuppa, palusin tal teha koduseid ülesandeid või mida iganes palusin teha. Ta võis mind kuradile saata. Ta võis ropendada, kui ma riidlesin temaga, võis näiteks öelda „lits“. Meie suhted olid kohutavad. Ta võis ka vanaemale samamoodi öelda. Ka teda saatis ta igale poole. See oli õudus. /---/ Me ei mõistnud üksteist. Temal on veel võõrasisa, mitte pärisisa, nende vahel oli midagi sellist, et täitsa lõpp, isegi kaklesid... See ei olnud elu vaid põrgu.“ (Ema)

„Ma arvan, et pojana oli tal raske võõrasisaga leppida. Sest kui me [mehega] kohtusime, siis oli Artur 7-aastane, tähendab 7 aastat ta elas koos vanaema ja minuga ja nüüd ilmub mingi onu, kes hakkab talle ettekirjutusi tegema. Ja 7-aastasena, veel lapsena, ta juba hakkas seda sõda pidama.“ (Ema)

Kooli esindaja sõnul on algkoolist saadik kasuisa olnud Arturi vastu ka füüsiliselt vägivaldne (regulaarselt peksnud rihmaga) ja Arturi füüsilist väärkohtlemist kahtlustas ka MDFT terapeut. Olukorda kirjeldavad kooli esindajad järgmiselt:

„Tema [Arturi ema] tugevaks küljeks on see, et ta armastab oma poega. Jah, muidugi, ta kaitseb teda omal moel. Samal ajal ta ei saa Arturit kaitsta oma abikaasa eest. /---/ Artur varem jutustas, et teda pekstakse, karistatakse. Aga ema eitab kõike, nii et ma ei tea, kus tõde peitub. Ma ei tea. Varem Artur rääkis, et ta ei klappinud kasuisaga, aga mõne aja pärast ütles, et kõik on täiuslik, kõik on korras. Ma ei tea. Mulle tundub, et see on tõesti mõistatuslik perekond.“

Arturi ema vältis kontakti kooliga, klassi lapsevanemate koosolekutel ta reeglina ei käinud ja e-kooli samuti ei külastanud. Klassijuhataja sai emaga kontakti vaid telefoni teel ja vajadusel lepiti kokku omavahelised kohtumised vestlemiseks. Kasuisa selles protsessis kunagi ei osalenud. Kooli esindajad räägivad:

„Kõigi nende aastate jooksul ma pole Arturi vanemaid kunagi näinud vanemate koosolekul. Praegu klass juba lõpetab põhikooli. Esimest korda kohtusin juhuslikult tema emaga poes. Mulle näidati, et see on tema ema. Niimoodi me suhtlesime temaga aeg-ajalt: kord telefoni teel, kord siis, kui ma nägin teda tööl. Kui teda kutsuti kooli, siis ta tuli kohale. Siin ma midagi halba ei saa öelda ... Aga mitte kordagi nende aastate jooksul ei käinud ta lastevanemate koosolekutel.“

„[Arturi ema on] rahulik, isegi liiga rahulik. Miski teda ei kõiguta. Mõned emad nutavad, kui neid kutsutakse kooli. Tema lihtsalt kuulab meid ära ja nõustub kõigega. Kui ta tuleb, ta on väga vaikne ja sama vaiksenä, emotsioonideta, läheb ka ära. Kuulab meid ära ja ongi kõik.“

Arturi suhted oma poolvennaga ei ole tema enda sõnul head - ta tunnistab, et kiusab noorema venda.

„Minu suhted vennaga asjasse ei puutu, kuna mina solvan teda, mitte tema mind. Noh ei solva... Ma armastan teda, aga siiski ka ei sall. /---/ Ta on väike loll ja mina olen suur loll ning me riidleme vennalikult.“ (Artur)

Terapeut tõi pere tugevustena välja asjaolu, et perel on olemas stabiilne elukoht, teraapia alguse hetkel mõlemad vanemad töötasid ja poisil on head elamistingimused, sh oma tuba.

Arturi iseloomustus

Intervjueeritud spetsialistid iseloomustasid Arturit kui hea südamega poissi, kes on võimeline ka väga töökas olema, kui on vaja kätega midagi teha. Tema tugevuste ehk kaitsefaktoritena saab välja tuua hea füüsiline tervise, hea suhtlemisoskuse ja keelekasutuse. Arturit kirjeldati kui poissi, kes oskab arendada positiivsed suhted täiskasvanutega. Samal ajal aga tõi spetsialistid välja, et vanemad ei suutnud Arturit kontrollida.

„Nädalavahetusel oli ta õues, pärast kooli oli õues, nagu koduseid ülesandeid poleks, õues oli kogu aeg. Koolis ta käis, aga puudumisi oli väga palju, tohutult. Enne projekti [MDFT], sügisel, ta puudus koolist nädalate kaupa. Ma saadan ta küll kooli hommikul, kuid ta ei jõua sinna.“ (Ema)

Arturi käitumisprobleemidena toodi välja tema madalat õppeedukust, põhjuseeta puudumisi (sageli nädalate kaupa) ja ohtlikku käitumist, eriti seoses relvadega. Intervjueeritud kirjeldasid olukordi, kus Artur hirmutas last õhupüstoliga ja ka alaealiste komisjoni sattumist seetõttu, et olid koos sõbraga relva abil teist inimest haavanud (vigastasid kätt).

„Arturi käes oli isa püstol. Nad tulistasid naist. Hea, et tabasid ainult kätt. Nad mängisid. Kuna Arturil olid juba eelnevad karistused ning talle määrati ka üldkasulik töö, siis talle pakuti tulistamise eest seda MDFT programmi.“ (Alaealiste komisjoni esindaja)

„Tal oli isegi kaks juhtumit tulistamisega. Üks on see, kui nad tulistasid naist. Teine oli siis, kui üks poiss tõi kodust kooli õhupüssi ja nad hakkasid sellega teisi lapsi hirmutama. Hea, et keegi lastest kohe kutsus meid ja me kutsusime kohe politsei kohale. /---/ Ma küsisin Arturilt, et miks ta nii käitus ja ta vastas: "Mulle tundus lihtsalt põnev relva käes hoida."“ (Kooli esindaja)

„See juhtum oli põhjuseks, miks ma sattusin teraapiasse. See juhtus, kui minuga koos õppis Armin. Talle meeldis armee, õhujõud ja muu selline ja ta on suur relvade fänn. Ta tõi relva kooli ja seal oli üks 5. klassi poiss, kes nägi tema relva ja püüdis relva ära võtta. Armin nägi seda ja kutsus mind, et poisile mõistus pähe panna. Armin võttis püssi ja küsis

poisi käest, et: "Kas sulle meeldib, kui ma teen nii ..." ja suunas relva poisi pea suunas. /---/ Armin arvas, et poiss vaikib sellest, aga siis kutsuti meid direktori juurde ja hiljem veel prokuröri juurde. Prokurör seletas mulle kõik ära ja saatis mind alaealiste komisjoni. Ja sealt mind saadeti programmi." (Artur)

Koolis ärritus Artur kergesti ja seetõttu osales sageli ka kaklustes. Tema suhted õpetajatega olid samuti konfliktised, kuna ta ei näidanud üles lugupidavat suhtumist õpetajatesse, vaidles neile sageli vastu ja valetas pidevalt. Erinevad kooli esindajad iseloomustasid Arturit järgmiselt:

„Tutvusin Arturiga, kui ta oli meie kooli 4.klassis. /---/ Mulle kohe tundus, et see laps on nii-öelda „raske laps“. Ta oli ebasiiras. Ta oli veel väike poiss, kuid libekeelne. Ja nüüd oleme näinud, et nii see ka läks. /---/ Kui ta sai suuremaks, siis hakkas koolist pidevalt popitama, tal oli palju puudumisi ja tekkisid probleemid hinnetega. Ta midagi eriti halba või kahjulikku ei tee, kuid ta on alati... kuidagi ta alati tahtmatult satub mingi sündmuse tunnistajaks. Nagu kogemata.“

„Teate, ta pole paha poiss. Ta meeldib mulle. Ta on vallatu laps, temaga on vahel huvitav suhelda. /---/ Kohati päästab teda see, et tänu oma võimele ilusti rääkida jätab ta endast väga hea mulje. /---/ Võib-olla ta isegi lööb elus läbi tänu nendele omadustele. Aga seda on raske ennustada.“

„Ta valetab nii palju ja nii loomulikult, et ta ise enam ei märka seda, tema jaoks on see juba käitumishorm. Valed on tema elu osa. Samal ajal ta on väga lahke poiss. Ja ta on kaastundlik, kui on vaja näiteks kedagi aidata.“

„Artur erineb teistest rasketest lastest selle poolest, et ta on väga lahke. Ta on hea poiss. Ta on väga lihtsameelne. Ta ei kanna vimma - see on tema hea omadus. See on ilmselt põhjus, miks kõik suhtuvad temasse nii hästi, vaatamata tema tegudele. Kogu aeg ainult mõtled, et kuidas teda päästa.“

Kooli soovitusel suunati Artur psühhiaatri vastuvõtule, kuna kahtlustati tähelepanuhäiret. Psühhiaater vastavat diagnoosi ei kinnitanud, kuid soovitas suunata lihtsustatud õppega või väikesesse klassi.

MDFT terapeut iseloomustas Arturit kui poissi, kes on kergesti ärrituv, impulsiivne ja agressiivsete reaktsioonidega, mis on tingitud puudulikust eneseregulatsiooni võimest. Samuti tõi ta välja probleemse käitumise varases eas väljakujunemist.

„Võin öelda, et Artur on väga nutikas poiss, vaatamata sellele et tal on väga suur probleem kooli ülesannete täitmisega, aga ta on väga nutikas.“ (Terapeut)

Alaealiste komisjoni oli Artur suunatud enne MDFT-d viiel korral ja tema suhtlusringkond koosneb sarnaste käitumisprobleemidega eakaaslastest.

MDFT programmi suunamine

Artur suunati MDFT programmi läbi alaealiste komisjoni. Tegu oli vastava piirkonna jaoks esimese MDFT programmi suunamisega ja keegi ei teadnud veel väga täpselt, mida MDFT endast kujutab ja milliseid

tulemusi sellest oodata. Alaealiste komisjon soovis kasutada kõiki teisi võimalusi, et mitte saata Arturit erikooli või vanglasse ning MDFT näol tuli neile just selline võimalus.

„Mul kuulsin esimest korda sellest programmist ja arvasin, et äkki see aitab Arturit, sest kõigele vaatamata, me kõik armastame teda. Ta teeb palju halba ja temaga on palju probleeme, kuid samal ajal kõik armastavad Arturit. Ta võidab oma headusega, ta pole kaval. Mõned lapsed kavaldavad, aga Artur on väga avameelne.“ (Alaealiste komisjoni esindaja)

Ka perekonnal oli motivatsioon programmis osaleda. Ema sõnul andis ta oma nõusoleku osalemiseks, kuna programmi näol oli tegemist viimase lootusega. Samas oli emal alguses vähe usku sellesse, et programm võib aidata.

„Nad [alaealiste komisjoni liikmed] ütlesid, et on olemas selline uus programm ja küsisid, kas me tahaksime selles osa võtta, et võib olla see aitab meid. /---/ Ma olin muidugi nõus, aga ma vist eriti ei uskunud, et see meid aitab, sest see kõik oli nii õudne... Ma tõesti ei uskunud, et aitab.“ (Ema)

„Komisjoni vanem pakkus meile uut programmi MDFT. Nad ütlesid: "Oleme kindlad, et teil läheb kõik hästi." Ma ei keeldunud ja mu ema samuti mitte. Temalt küsiti: "Kas te olete nõus?" Minu arvamust keegi ei küsinud. See ei ole tähtis, kas ma tahan või ei. Teist väljapääsu ei olnud ja noh, me siis osalesime selles programmis.“ (Artur)

MDFT protsess

Enne esmast kohtumist Arturi perega kohtus MDFT terapeut alaealiste komisjoni sekretäri, kooli sotsiaalpedagoogi (samuti alaealiste komisjoni liige), klassijuhataja ja õppealajuhatajaga, et Arturi juhtumiga tutvuda.

Terapeudi ja perekonna esimene kohtumine oli positiivne – terapeudi sõnul õnnestust tal perega kiiresti hea kontakt luua. Ema jaoks see oli esimene kokkupuude psühholoogiga. Ema sõnul ta alguses kartis ja oli esimesele kohtumisele tulles närvis, kuid tegelik kogemus osutus positiivseks.

Artur kirjeldas oma MDFT ootusi ja kogemusi vastuoluliselt. Nii rääkis ta sellest, kuidas tal oli varasemalt olnud kokkupuuteid koolipsühholoogiga ja sellele kogemusele tuginedes oli ta veendunud, et teda ootab eest terve hulk psühholooge, kes hakkavad temaga „tööd“ tegema. Reaalne kogemus MDFT terapeudiga oli aga tema sõnul palju meeldivam. Intervjuu teises osas aga kirjeldas oma ootust, et esimene kohtumine tuleb positiivne ja tuligi. Seevastu intervjuu kolmandal hetkel rääkis aga sellest, et tal ei olnud teraapia osas positiivseid ootusi ning esimesed kohtumised talle ei meeldinud, kuid kui hakkas tasapisi tulemusi ja muutusi nägema, siis tekkis motivatsioon jätkata. Seevastu oma suhet MDFT terapeudiga kirjeldas Artur läbivalt väga positiivselt.

Arturil tuli teraapia käigus ette hetki, mil ta koolis ei käinud, kuigi kodust lahkudes ütles emale, et läheb kooli. Tegelikult aga veetis Artur aega kutsekoolis koos sealsete sõpradega. Sellise käitumise põhjuseid uurides selgus terapeudile, et kutsekoolis õppimine pakub Arturile huvi ja see võiks olla sobiv eesmärk, mille poole pürgida. Madala õppeedukuse tõttu aga ei uskunud keegi koolis ega ka Artur ise, et õpingute

jätkamine kutsekoolis oleks realistlik. Terapeut võttis ühendust Rajaleidja karjäärspetsialistiga, et uurida võimalusi ja suurendada Arturi motivatsiooni kutsekooli õppima asumise suunas pürgida.

„Ma võtsin ühendust karjäärspetsialistiga selleks, et Arturi motivatsiooni tõsta, et ta tõesti tahaks minna kutsekooli, et vaataks mis ja kuidas see kõik käib. Karjäärspetsialist märkis, et Artur on väga nutikas.“ (Terapeut)

Terapeut oli protsessi algul väga optimistlik ja isegi eufooriline teraapia edukuse suhtes, kuid kui jõuti teraapiaprotsessiga poole peale, siis tulid tagasilöögid – Artur ei käinud enam koolis ja ei ilmunud teraapia sessioonidele, suhted Arturi ja isa vahel olid taas pingelised, ema oli sellest stressis ja nägi olukorda lootusetuna, tekkisid teraapiast loobumise mõtted. Lisaks muutus ema töögraafik, töökoormus oli suur ja kõige selle tulemusena ei jõudnud ka ema enam sessioonidel osaleda. Terapeut viis teraapiasessioonid läbi telefoni teel, tänu millele suudeti kriisi ületada ja kohtumised perega said peagi jätkuda.

„Olid hetked, kui Arturi ema tundis ennast nii väsituna, vaevatuna ja pettununa. Ta soovis loobuda. /---/ Ma tasapisi hakkasin teda toetama, et kõik ei ole nii hull ja et praegu olgu nii, aga me tegeleme sellega.. Nii et me tulime kuidagi toime ja kõik liikus edasi. /---/ Oli ka hetki, kui ta oli telefonis ärritunud ja mulle tundus, et ma hakkasin usaldust kaotama. /---/ Esimesed kolm kuud oli väga raske. Kogu aeg oli vaja motivatsiooni toetada, et pere ei annaks alla.“ (Terapeut)

„Mingil hetkel oli mul selline tunne, et käime seal ja midagi hakkas välja tulema.. aga siis näen, et Arturil on jälle mingi jama ja jälle kõik vanamoodi. Mul tekkisid sellised mõtted, et milleks seda kõike üldse vaja on. Ma pidin kogu aeg töölt ära minema, vabaks küsima, pärast tööaega tasa tegema.. Miks ma seda teen, kui see midagi ei aita. Ma isegi mõtlesin pooleli jätta. Hiljem aga jälle kõik paranes, kõik hakkas rahunema.“ (Ema)

Kui tavapäraselt viiakse MDFT teraapia sessioonid läbi kodus, siis antud juhtumi puhul toimusid kohtumised terapeudi tööruumides. Nii ema kui Artur mõlemad eelistasid kohtuda terapeudiga mujal kui kodus. Põhjuseks asjaolu, et kasuisa ei toetanud teraapias osalemist ja ei soovinud ise selles osaleda. Terapeut küll proovis kasuisa teraapiasse kaasata, neil toimus ka kolm telefonivestlust, kuid sellest ei tulnud midagi välja. Terapeut otsustas loobuda mõlema vanema kaasamisest ning töötada poja ja emaga. Intervjuudes mainisid nii Artur kui ta ema, et teraapia lõpupoole hakkas ka kasuisa peres toimuvaid muutusi märkama ja ema sõnul oli isegi korra väljendanud talle oma kahetsust, et ta teraapias nendega koos ei osalenud.

Teised pere lähedased oli perekonna MDFT programmis osalemisest teadlikud ja pigem toetavad. Toetav oli ka ema tööandja, kes suhtus teraapia sessioonides osalemisesse mõistvalt ja võimaldas töötunde hiljem nõ „tagasi teha“ (ema töötas kaupluses müüjana).

Nii emale kui ka Arturile olid kõige meeldejäävamad sessioonid, kus neil tuli midagi kirja panna või joonistada, sest see oli nende jaoks kõige huvitavam. Terapeudi sõnul kasutas ta neid meetodeid, et aidata eelkõige emal jõuda probleemide juurteni. Arturile olid meeldejäävad ka need sessioonid, kus osales superviisor Hollandist, kui külastati Rajaleidja keskust ning sellele järgnenud varjupäev kutsekoolis.

„[Meeldis] näiteks see, et mulle anti võimalust tahvlile kirjutada. Näiteks, ma kirjutasin punase markeriga, millega saab lõppeda selline suhtumine kooli, et mis juhtub, kui ma ei lõpeta kooli. Ma hakkasin kirjutama, et enesetapp, jään kodutuks. Kirjutasin hästi palju asju. Siis me tegime sellest järeldusi, et mida tuleb teha, et ma ei muutuks kodutuks, ei sureks ära. Rääkisime erinevatel sellistel teemadel.“ (Artur)

„Mis mulle meeldis selles programmis on see, et [terapeut] palus meil emaga rääkida omavahel. Ta kuulas meid kui vabakuulaja. Meie istusime ja rääkisime omavahel. Kui ma pöörasin näo ära, siis ta ütles, et pööra tagasi. Nüüd on see saanud meil [emaga] harjumuseks, et me istume ja räägime. Varem seda ei olnud.“ (Artur)

Terapeudi hinnangul oli nii Arturil kui ta emal suur vajadus olla kuulnud ja kuna teraapia võimaldas seda, siis oli neil ka motivatsioon osaleda. Ema jaoks oli kõige olulisem saavutada teraapia abil perekonnas rahu ehk leevendada konflikti oma abikaasa ja poja vahel, mis oli ema jaoks pidev pingeseisundi allikas.

„Me joonistasime igasuguseid skeeme ja ta [terapeut] koostas meie perekaardi ja see kõik oli, muidugi, väga huvitav, ma nägin sellist asja esimest korda. Artur ka kirjutas pikalt-laialt, see just jäi kõige rohkem meelde. Kui lahendasime probleeme, ta [terapeut] küsis minult ja ma vastasin, me panime kõike kirja ja pärast ta ütles: „Näed nüüd, mis pilt tuleb ette - pojaga istud sa ühes paadis, aga sinu mees on üle parda heidetud, sa pead mehega ka paadis istuma, et lapsi aidata“. Kui ta seda kõike mulle joonistas, siis alles tabasin end mõttelt, et see ongi nii... Pärast seda meil hakkasidki probleemid lahenuma.“ (Ema)

„Ma pean edukaks tööd emaga, sest see andis talle võimaluse aru saada, mida ta tahab ja mida ta teeb ja mida on võimalik teha.. Et kui ta hakkab ise muutuma, siis muutuvad ka teised. Ta mõistis, et ta ei ole mingi kõrvaltvaataja. /---/ Mulle tundub, et individuaalne töö emaga oli väga edukas. Ma sain aru, et võti on ikkagi vanemate käes, töö teismelisega on ka muidugi oluline, aga mis edasi saab, kui vanemate suhtlemis- ja käitumisviis ei muutu.“ (Terapeut)

Kuna Artur oli harjunud, et koolis teda vaid noomitakse, siis oli tema suhtumine kooli negatiivne ja terapeut pidi tegema pingutusi, et Arturi motivatsiooni kooli osas tõsta. Selleks oli terapeut tihedas kontaktis ka kooli spetsialistidega, eriti sotsiaalpedagoogiga. Terapeut pöördus koolipere poole palvega Arturit motiveerida ja toetada ning igal võimalusel ka kiita. Koolidirektor suhtumine oli toetav, kuid õpetajad ei tulnud alati terapeudi palvetele vastu. Õpetajad olid valmis Arturit kiitma vaid siis, kui ta enam koolist üldse ei puudu ja teeb ära kõik kodused ülesanded. Paraku ei olnud sellised ootused Arturile realistlikud ja nii jäid ka oodatud kiidusõnad õpetajate poolt enamasti ütlemata.

„Terapeut ütles, et Arturit on vaja julgustada, rohkem kiita. Me rääkisime sellest õpetajatega, ma andsin seda neile edasi. Kõik ühel häälel vastasid, et teda on võimatu millegi eest kiita lihtsalt sellepärast, et ta kas ei tule kooli või tuleb ja ei ole valmis ning kodutöö tal pole tehtud. Kõik saavad aru, et mõte on hea, kuid seda on võimatu ellu viia. On väga raske kiita inimest, kui sa ei tea mille eest. Seetõttu see on raske ülesanne - leida midagi, mille eest saab kiita.“ (Kooli esindaja)

Kuigi kool ei tundnud end MDFT teraapia protsessis osalisena, oodati siiski huviga, milliseid tulemusi teraapia kaasa toob. Üldine õpetajate suhtumine oli skeptiline (erandiks koolidirektor ja

sotsiaalpedagoog) ja programmi eduka tulemusena nähti vaid olukorda, kus Arturi „probleemid ravitakse välja“, temast saab tubli ja viieline õpilane ning Arturi ema hakkab kooliga aktiivselt suhtlema. Programmi vältel ei muutunud õpetajate suhtumine Arturi ja ta ema suhtes toetavamaks, emasse suhtuti pigem üleolevalt ja veendumusega, et ema ei tule oma kohustustega toime, ei tunne oma lapse vastu huvi, on ükskõikne jne. Õpetajad endal olukorra parandamises olulist rolli ei näinud ja nägid, et muutused peavad toimuma vaid Arturi peres.

Koolis märgiti, et kui ühelt poolt oli teraapia Arturi jaoks oluline kohustus, siis teisalt oli see ka hea viis vaba aja veetmiseks ning mõjuv põhjus kodused ülesanded tegemata jätta. Seda kinnitas ka Arturi ise:

„Ma ei tea, kuidas saavad hakkama need lapsed, kes teevad kodutöid. Ma neid praktiliselt ei teinud, sest, eriti matemaatikas, ei saanud mina millestki aru. Tulin koju ja rõõmuga läksin teraapiasse, sest teraapia on hea põhjus, et seda mitte teha.“ (Artur)

„Koolidirektor suhtus tõesti mõistlikult ja rääkis Arturiga, et kuule, sa oled ju nii hea poiss. Aga õpetajatel oli raske suhtuda mõistvalt Arturisse ja teda aidata.“ (Terapeut)

Terapeudi ja pere omavaheline suhe

Terapeudi ja pere omavahelised suhted olid väga positiivsed. Nii ema kui ka laps ei suutnud nii teraapia protsessi kui terapeudi kohta midagi negatiivset välja tuua. Arturile meeldis väga, et terapeut võttis teda sellisena, nagu ta on ja ei noominud iga puudumise kohta, ei karjunud. Samas ei jätnud terapeut Arturi puudumisi tähelepanuta, vaid vestles temaga rahulikult puudumise põhjustest. See kasvas usaldust ja austust inimese vastu. Perele meeldis, et terapeut oli avatud, rääkis ka endast ja oma lastest.

“Esiteks, mulle meeldis see, et.. mulle tundub, et ta oli mures meie probleemi, minu lapse pärast isegi rohkem kui mina. Ta käis koolis, helistas kõigile ja ... Võib öelda, et ta oli nagu emmeke meie jaoks, ei tea, see meeldis väga ... Ta on üldse selline avatud, helge inimene. Tuled tema juurde ja juba siis, kui ta ukse lahti teeb, siis juba naeratab ja ütleb rõõmsalt: „Tere!“ Isegi kui tuju oli halb, siis kohe läks paremaks.“ (Ema)

„Ta [terapeut] helistas mulle kogu aeg, ta vahest isegi telefonis kuulis, et ma olen ärevil ja siis ta ütles mulle, et võta rahulikult. Ta kuidagi leiab selliseid sõnu ja räägib, et homme saame kokku ja arutame seda kõike. Et võib olla, kui ta ei helistaks mulle, siis võib olla ma oleksin loobunud, jätnud pooleli. Tema aga kogu aeg helistas ja siis me kohtusime ja rääkisime, ja ta rääkis ka Arturiga ja kõik sai jälle korda.“ (Ema)

„Minu jaoks oli kõige meeldivam see, et ma nägin, et laps tõesti muutus.“ (Ema)

Arturi ema tundis, et teraapia on nii teda kui ka tema last aidanud. Tema suhtumist saab nimetada isegi eufooriliseks. Intervjuu ajal oli ta väga õnnelik poisiga toimunud muutuste üle ning selle üle, et peres valitseb rahu ning kaklused ja tülid on ununenud.

Lapse kogemus teraapiaga

Artur võttis osa enamikest teraapia sessioonidest. Puudumisi oli üksikuid ja need lõppesid, kui puudumise põhjused said terapeudiga läbi arutatud.

„Mulle meeldis tema headus ja ausus, ta seletas kõik ausalt lahti. Mitte igaüks ei saa oma lapsi näitena tuua, tema sai. Ta kunagi ei rielnud, kordagi ei tõstnud häält.“ (Artur)

„Artur käis kohtumistel alati hea meelega, isegi küsis, millal on järgmine kord. Puudus võib-olla üks või kaks korda.“ (Ema)

Artur hindas protsessis kõige enam seda, et teda võeti sellisena nagu ta on ja täiskasvanud kuulasid ära, mis tal öelda on. Talle meeldis, et terapeudiga sai rahulikult vestelda ja temaga ei pahandatud.

„Ta [terapeut] sai kõigest aru. Mõned inimesed, kui neile öeldakse, et keegi paneb koolist poppi, siis hakkavad pahandama. Nad ütlevad, et sa oled halb, et sinust ei tule midagi head välja. Tema [terapeut] ei öelnud selliseid asju. Ta ütles, et ma ei tohi popitada, et on vaja kooli lõpetada, sest terve elu on veel ees. Sama lugu oli ka hinnetega. Kui ma sain hindeks kahe või ühe, siis ta motiveeris mind enam pingutama. /---/ Alates sellest hetkest hakkasin korralikult koolis käima ja käin tänapäevani.“ (Artur)

„Ma arvasin, et ma ei lõpeta kooli, ei soorita eksameid. Tänu temale [terapeutile] mul tekkis see motivatsioon. Ta teadis, et ma tahan õppida keevitajaks ja korraldas minu osalemist kutsehariduskeskuse töövarju päeval, korraldas seda oma tutvuste läbi. Mina läksin sinna ja sain seal vähemalt natukenegi motivatsiooni. eega õpingute mõttes see programm [MDFT] aitas väga palju. Kodu mõttes ka.“ (Artur)

Teraapia lõpetamine

Teraapia lõpetamine oli kõikide osapoolte jaoks pidulik ja positiivne sündmus. Koos joodi teed, söödi komme ja mindi sõbralikult lahku. Terapeut on peale seda ka perega kontaktis olnud ja kursis, kuidas Arturil koolis läheb. Terapeut oli väga rõõmus, kui kuulis, et Artur lubati põhikooli lõpueksamitele, mis on poisi jaoks väga suur saavutus.

Tajutud muutused MDFT tulemusena

Koolielu

Kooliga olid seotud kõige suuremad probleemid ning just selles dimensioonis toimusid ka kõige suuremad muutused. Teraapia jooksul, eriti teises pooles hakkas Artur regulaarselt koolis käima ning puudumised vähenesid oluliselt. Vahetult pärast teraapia lõppu oli tal üle pika aja taas kaks järjestikust päeva koolist puudumist, kuid peale seda ei ole selliseid puudumisi enam olnud – Artur küll puudub üksikutest tundidest, kuid suurema osa ajast on ta siiski koolis.

„Kui ma varem popitasin mitmeid päevi või terve nädala, siis nüüd lahkun vahest ainult viimastest tundidest või magan hommikul sisse ja jään esimestesse tundidesse hiljaks. Aga

selliseid suuri kooliprobleeme mul enam ei ole. Isegi koolis öeldi, et tänu programmile ma muutsin paremuse poole.” (Artur)

“Mulle meeldib koolis käia. Praegu ma istun rahulikult, ei taha koolist lahkuda. Varem, ma võisin tõusta tunni ajal püsti, võtta oma koti ja rahulikult lahkuda. Õpetajad ei küsinud midagi, nad olid harjunud. Praegu selliseid asju ei juhtu. Mõnikord juhtub, et minu üks pool ütleb „Mine ära“ ja teine, et „Jää siia“. Tavaliselt ma sellistel juhtudel jään. Õppimine on nüüd lõbusam.” (Artur)

Kooli esindajad aga toovad välja, et koolist puudumised on jätkuvalt probleemiks:

„Teraapia ajal ta hoidis end vaos. Ta popitas harvemini, kuna ta teadis, et teda kontrollitakse ja igal ajal võidakse helistada ja teada saada tema popitamisest. Ema külastas e-kooli. Pärast teraapia lõppemist kõik kadus. Ema räägib, et ta külastab e-kooli, kuid minu andmed näitavad, et Arturi e-kooli külastatakse harva.“

„Arturi lemmikfraas, kui ta tuli kooli, oli: "Noh, näete, ma ju tulin kooli." Mina siis ütlen: "Tubli poiss, käid koolis!" Iseenesest ta on väga lahke poiss ja see ei kao kuhugi, kuid talle meeldib veiderdada, seda ta tegi nii enne teraapiat, teraapia ajal ja teeb senini. Kuid viimasel ajal on ta muutunud veidi vaiksemaks, sest tal on vaja kool lõpetada. Õpetajate abiga ta sai mitmest raskusest ja takistusest üle, ta parandas oma hindeid ja lasti eksamitele.“

Kooliellu naasmine oli Arturi jaoks raske, kuna ta oli õppetöös teistest maha jäänud ning teistele järgi jõudmine nõudis suurt pingutust. Arturi hinded on paranenud – kui varem olid enamus hinnetest kahed, siis õnnestus tal enamus parandada kolmele ja peale seda sai võimalikuks ka põhikooli eksamitele pääsemine. See oli Arturi jaoks väga oluline, sest avas võimaluse jätkata õpinguid kutsekoolis.

„Kooliaasta juba lõpeb ja äkki tuleb Artur minu juurde - tal oli tol ajal palju kahtesid koolis - ja ütleb: "Teate, täna hommikul ma sain aru, et mul on vaja õppida." Ma ütlen: "Artur, on jäänud alles nädal enne eksameid". /---/ Ja teate mis, selle viimase nädala jooksul ta parandas nii palju kahtesid, likvideeris nii palju oma võlgu. Temaga tehti [MDFT] programmis nii palju tööd ja see kõik ei olnud ilmaasjata. Ma arvan, et see programm oli talle ainult kasuks ja usun, et ta tulevikus tihti meenutab seda programmi.“ (Kooli esindaja)

“Artur tuli eile koolist koju ja ütles: „Ema, ma olen nii õnnelik, mul on nüüd kõik kolmed!” Ainult kaks nädalat tagasi, tal oli mitu ainet kahed. Nende kahe nädala jooksul jooksis ta õpetajate vahet, parandas kõike ja eile siis ütleb: „Ma olen nii õnnelik, mul on kõik kolmed!” Ainult eksamid on tal veel ees. Minu arvates, me saavutasime kõik eesmärgid, mis me programmi alguses panime. Meie suhted kodus on head ja koolis.. noh praegu ei saa öelda, et lõpetab, sest eksamid on veel ees, aga vähemalt pole ühtegi kahte.” (Ema)

Vaba aja veetmine ja õigusrikkumised

Arturi enda sõnul oli tal varem arvutisõltuvus, kuid nüüdseks on see kadunud. Kodus olemise ja väljas käimise osas on ema ja Arturi kirjeldused erinevad. Ema sõnul veedab Artur enamuse ajast kodus ja väljas enam väga palju ei käi. Arturi enda sõnul käib ta ka nüüd sõpradega väljas jalutamas (enamasti nädalavahetustel), kuid sõpruskond on muutunud – enamuse sõbrad on temast vanemad (vahemikus 15-20-aastased), arukad, õpivad kutsekoolis ja on pigem õiguskuuleka käitumisega.:

„Minu nõbu on 18-aastane. Ta õpib kutsehariduskeskuses. Ma käin jalutamas koos tema ja ta sõpradega. Mõnikord sõidame teise linna, keerame midagi kokku, aga midagi eriti halba me ei tee. Mõnikord juhtub, et huligaanitseme. Aga nõbu erineb minust, ta on seaduskuulekas inimene. Kui ma tahan midagi halba teha, siis ta takistab mind.“ (Artur)

Artur alustas suitsetamist noorelt („Sest sõbrustasin nendega, kes suitsetasid“) ja teeb seda tänini. Alkoholiga on tema suhe olnud tagasihoidlik ja on seda tänini. Narkootilisi aineid ei ole ta enda sõnul proovinud, kuid tal on sõber, kes suitsetab kanepit.

„Mul on tuttavad, kes tarvitavad kanepit. See ei too midagi head. Ma ei tarvita midagi peale alkoholi, kanepit ka ei tarvita, rääkimata millestki muust. Ma tean, mis see on ja mida see teeb. Ei, pole kunagi elus tarbinud. Tarvitsin ainult alkoholi ja ka mitte alati.“ (Artur)

„Ütlen ausalt, et ei ole joonud juba aasta aega. Üldse. Lõpupeol ma võib-olla joon natukene.“ (Artur)

Peresuhted

Lisaks kooli dimensioonile toimusid olulised muutused ka Arturi ja kasuisa omavahelistes suhetes. Kui varem olid nendevahelised skandaalid ja füüsilised kaklused sagedased, siis teraapiaga olukord muutus. Eelkõige tänu sellele, et Artur on õppinud konfliktseid olukordi vältima. Samuti oli oluliseks sündmuseks Artur, kasuisa ja poolvenna ühine reis naaberriiki (ema ei olnud kaasas), mis kulges rahulikult ja mõjus omavahelistele suhetele väga positiivselt. Artur mainis, et nüüdseks on ta kasuisaga mõned korrad ka avameelselt vestelnud - kasuisa jagas oma elukogemusi, rääkis armastuses ja alkoholi kuritarvitamise ohtudest. Arturi sõnul on need teemad, kus ta oma kasuisa usaldab.

„Kasuisaga oleme oma probleemid lahendanud. Isegi ema ütleb, et meil kasuisaga on kõik korras, me sõitsime koos reisile ja ema oli üllatunud. Me ei kakelnud, ei rielnud üldse.“ (Artur)

Arturi ja ema vahelised suhted on samuti oluliselt paranenud. Neil on tekkinud omavahel usalduslik suhe ja Arturi sõnul jagab ta emaga kõike. Ema sõnul on nende suhe nüüd nagu kahe täiskasvanud inimese vahel ja nad mõlemad on selle muutusega väga rahul.

„Emaga me varem palju vaidlesime ja ta tundis, et keegi ei aita teda. Kasuisa ka ei aita, sest me hakkame kaklema ja tolku sellest ei ole. Ema ei saanud minuga hakkama. Praegu ma kuuletun emale. Me ei riidle enam. Mõnikord meil võivad olla lahkarvamused ja me

karjume üksteise peale. Ta alati unustab poest midagi osta, ja mõnikord ma pean 3 korda päevas poodi minema. Seetõttu me ka riidleme.“ (Artur)

„Artur on õppinud oma emotsioonidega hakkama saama. Sest enne, kui mees ütles talle midagi, võõrasisa, siis ta kohe niimoodi vihastas... ja reageeris. Aga praegu, vahest võõrasisa ütleb midagi, mis talle ei meeldi, siis ta vaikselt läheb mööda.“ (Ema)

„Nüüd on vaikne ja rahulik kõik. Praegu isegi mees ei nori Arturi kallal. Kui enne olid nagu kaks koera omavahel. Kui enne mees ütles, et „Artur, mine pese nõud“, siis Artur vastas, et „Mine pese ise“. Aga nüüd, kui mees seda ütleb, siis Artur läheb ja peseb. Kõik on muutunud.“ (Ema)

„Ja mu mehe suhtumine ka muutus. /---/ Ta ütles, et mõtle, kui me elaksime edasi nii nagu meil oli.. et ta kardaks siis, et Artur kasvab suureks ja tapab ta ära. Sest see oli selline õudus.“ (Ema)

„Kui varem me olime nagu ema ja laps, siis praegu oleme Arturiga rohkem sõbrad. Ta on hakanud mulle rohkem rääkima. Enne oli ta endassesulgunud, midagi ei rääkinud, ainult siis, kui ise küsisin. Võib olla projekt [MDFT] õpetas teda usaldama? Sest nii palju kordi me arutlesime ja terapeut ütles, et Artur, sa pead ema juurde tulema, rääkima, ta alati kuulab sind, hellitab, annab nõu. Ja praegu ta... isegi kui koolis midagi juhtub, ikka tuleb ja räägib.“ (Ema)

„Mind ka õpetas see projekt [MDFT], sest varem.. ma nutsin ja ütlesin: „Ma olen vist halb ema“. Aga praegu ma kiidan Arturit tihti, et kui ta ütleb mulle midagi, mina kohe: „Tubli, väga tubli, jätkka samas vaimus“. Projekt õpetas mind seda tegema, sest varem ma nii ei teinud.“ (Ema)

„Muutusi pani ka vanaema tähele ja ütles: „Aga mis Arturiga juhtus? Ma ei tunnegi teda ära“. /---/ Vanaema kogu aeg meenutab [MDFT-d], ta ei väsi Arturit imetlemast, milline ta on.“ (Ema)

Ootused tulevikule

Nii ema kui Artur ootused tulevikule on positiivsed. Mõlemad näevad olulise saavutusena seda, et Arturil on võimalus kool lõpetada ja minna kutsekooli edasi õppima, keevitajaks. Arturi jaoks on selle plaani realiseerimise soov suureks motivaatoriks. Ka koolis suhtuti Arturi väljavaadetesse varasemast positiivsemalt ja arvati, et põhikooli ta siiski lõpetab ning selles on teraapial olnud oluline roll - ilma MDFT-ta poleks kooli lõpetamine ja kutsehariduse omamine üldse realistlik

„Mulle tundub, et aasta tagasi ei olnud Arturil üldse mingeid plaane. Sest kui me küsisime tema käest, et kuidas sa edasi elama hakkad selliste hinnetega, kuhu sa edasi lähed, siis ta vastas: „Kuidas... normaalselt, nagu kõik teised, lähen tööle“. Ma küsisin, et kuhu, kas Maximasse laadijaks? Mulle tundub, et tema jaoks oli kõik lihtne ja ta ei mõelnud millestki. Aga praegu näen, et on hakanud järele mõtlema, et peab jah, edasi õppima minema. Projekti lõpuks olid üldse sellised mõtted, et hakkas rääkima, et ta tahab lenduriks saada.“ (Ema)

„Arturil on plaan minna kutsekooli, programmi [MDFT] käigus me rääkisime läbi, leppisime kokku, et kui ta kooli lõpetab, astub kutsekooli... ta väga tahab autokooli minna. Ma ütlesin, et siis lähed autokooli. Ta ütles, et äkki lõpetan kooli ja siis lähen autokooli? Ei, ei, me leppisime kokku, astud kutsekooli, ja siis juhiluba. Eile ta ütles, et ta on nüüd poole võrra autole lähemal. Ma ütlesin, et tubli, et veel pool maad on veel jäänud.” (Ema)

“Enne seda programmi [MDFT], olin unistaja. Ma arvasin, et ma saan miljardäriks. Tänu programmile sain aru, et alanud on juba täiskasvanuelu ja et miljardäriks ma ei saa. Aga keevitaja teenib head raha. Kõik on muutunud. Ellusuhtumine muutus.” (Artur)

TABEL 2. KOKKUVÕTE JUHTUMI OSALISTE TAJUTUD MUUTUSTEST

Muutuste dimensioon	Juhtumi osaliste hinnang muutustele
Koolielu	Kooliga olid seotud kõige suuremad probleemid ning just selles osas toimusid ka kõige suuremad muutused. Artur hakkas regulaarselt koolis käima ja hinded paranesid.
Vaba aja veetmine ja õigusrikkumised	Lapse ja vanema hinnang muutustele on erinev – ema sõnul veedab nüüd Artur enamuse ajast kodus, kuid Arturi sõnul käib ta jätkuvalt sõpradega väljas, kuid sõpruskond on muutunud.
Suhted perekonnas	Omavahelised tülid on oluliselt vähenenud ja suhted paranenud sõbralikumaks ja avatumaks. Nii laps kui vanem tunnevad suuremad lähedust ja usaldust. Muutusi märkavad ka teised pereliikmed (vanaema).
Emotsionaalne tervis	Ema on oluliselt rahulikum ja enesekindlam lapsevanemana. Laps on õppinud konflikte vältima ja lahendama.
Pere ootused tulevikule	Seotud eelkõige kooli ja õpingutega – nii ema kui laps väga motiveeritud kooli lõpetamisest ja kutsekoolis õpingute jätkamisest. Laps oskab seada varasemast realistlikumaid ootusi tulevikule.

Terapeudi refleksioon MDFT metoodika rakendamisest

Terapeuti sõnul järgis ta MDFT protokollit täpselt ja teraapia võtted toimusid. Sessioonideks ette valmistades tegi terapeut vajalikud ettevalmistused, pani kirja pere tugevused ja nõrkused ning kõik dimensioonid, millega töötada. Lisaks silmast-silma kohtumistele kasutas ka teisi suhtlemisvõimalusi: telefoni teel vestlused, Skype, Facebooki kaudu suhtlemine Arturiga.

Terapeut tunnistas, et võttis ehk liialt palju vastustus enda peale, eelkõige Arturi ema puhul. Näiteks, kui oli vaja kooliga ühendust võtta ja emal tekkis tõrge, siis helistas terapeut tema eest. Tagantjärele mõeldes arvas terapeut, et selles osas oleks võinud teistmoodi tegutseda ja anda emale rohkem vastutust. Samas tundus selle konkreetse pere puhul see heaks lahenduseks ja ta sai nii pakkuda tuge, mida Arturi ema väga vajab.

Arturi juhtub oli terapeudi arvates just selline juhtum, kus MDFT on see, mida pere vajab – perel oli olemas vajalik ressurss ja puudusid rasked psühhiaatrilised diagnoosid. Kuna tegu oli terapeudi jaoks esimese MDFT kliendiga, siis tundis ta end veidi ebakindlalt, kuid varasemad töökogemused aitasid enesekindlust tõsta. Nii oli ta näiteks kindel selles, et suudab perega kontakti saavutada. Ja kuigi Arturi juhtumiga töötamise käigus oli hetki, kus tundus, et kontakt perega on kadumas, siis olid tal varasemast olemas oskused kontakti hoidmisel ja ta oli kindel, et suudab kontakti perega säilitada. Samas tunnistas terapeut, et see oli kõige raskem osa kogu MDFT protsessis.

MDFT protokoll näeb ette, et terapeut peab tegema päris palju ettevalmistustööd ja palju üles kirjutama. Kui vastav harjumus varasemast puudub, siis võib see terapeudi sõnul olla alguses raske ja tunduda tülikas – vajab harjutamist. Samas nägi ta väga selgelt, kuivõrd palju on selline ettevalmistustöö teraapia protsessis abiks.

„See on muidugi raske... aru saada, et väga suur osa sinu tööst on ettevalmistus, mõtete üleskirjutamine, eesmärgid, kuidas sa sekkud, siis kirjutada sellest, mis tulemused ja eesmärgid olid saavutatud. Selles mõttes, mul oli raske, sest ma ei saanud aru, milliseid „mõtteid“ ja kuidas kirjutada, sest mul on kalduvus minna väga detailidesse. Kui superviisoriga suhtlesime, siis sain aru, et põhimõtteliselt sa kirjutad seda iseendale, et endal oleks mugav ja ma tundsin, et sellest on kasu, kui mul on ettevalmistatud.. Et ma tean kuidas, kuhu edasi minna ja mul on lihtsam... Jah, see nõuab aega, nõuab oskust, mida mul varem ei olnud ja nüüd, põhimõtteliselt sinna ma edasi liigun, sest see on tõesti kasulik.“ (Terapeut)

Terapeudi hinnangul on tal endal veel palju MDFT kohta õppida ja samuti vajab kindlasti veel häid nõuandeid. Seetõttu hindab ta väga kõrgelt toimunud MDFT koosolekuid, töötubasid ja seminare. Olulised on olnud ka MDFT terapeutide piirkondlikud kokkusaamised, kus omavahel arutletakse juhtumeid. Tema sõnul on ta neist aruteludest saanud palju õppida ka oma juhtumite osas.

„Ma ei kartnud minna ja küsida [teistelt MDFT terapeutidelt nõu], seda enam, et ma mõnuga kuulasin kuidas teised teevad ja väga kasulikud olid need koolitused, kohtumised Tallinnas. Neid oli küll vähe, aga meil olid need väikesed workshopid, kus me kolmekesi mängisime läbi mingeid juhtumeid ja nendes aruteludes, analüüsid ma avastasin enda jaoks väga palju, minu selle juhtumi suhtes, näiteks. Selles mõttes MDFT eeldab oma juhtumite analüüsi koos teistega – superviisorite ja teiste terapeutidega, selles mõttes see mulle väga meeldib.“ (Terapeut)

2.4. Juhtum 3. Magnus, 13-aastane

Magnuse pere iseloomustus

Magnuse pere on 4-liikmeline - ema, isa ja kaks last. Magnus on pere vanim laps, juhtumi kaardistamise ajal 13-aastane. Magnuse õde õpib 1. klassis ja elab perest eraldi vanavanaema juures teises linnas.

Pere majanduslik olukord on väga halb. Püsivat töökohta ei ole kummalgi lapsevanemal. Isa teeb juhutoid, ema on töövõimetuspensionari saaja ja kodune. Juhtumi kaardistamise ajal on Magnuse isa vangis - 2016. aasta veebruaris mõisteti talle perevägivalla eest 2 aastat ja 8 kuud vanglakaristust.

Magnuse emal ja isal on mõlemal alkoholisõltuvus, emal on lisaks diagnoositud epilepsia ja depressioon. Mõlemal vanemal tuleb sageli ette perioode, kus nad tarvitavad alkoholi ning lahkuvad seetõttu kodust nädalateks sõprade juurde. Oma laste tegemistest nad sel ajal teadlikud ei ole.

MDFT terapeudi hinnangul on Magnusel ja tema emal omavahel baasiline tugev kiindumusuhete olemas ja ükskõik, kus laps ka ei hulgu, lõppude lõpuks ta läheb ikkagi koju tagasi vaatama, kuidas emal läheb. Mõnes mõttes on laps võtnud peres täiskasvanu rolli ning ema epilepsia võimaldab tal selles rollis püsida (peab hoolitsema haige ema eest, kes sõltub temast).

„Et see on see, et ma ei saa temaga koos koolipinki nühhida, eks ole, ma ei saa temaga õues ka koos käia käest kinni hoides. Aga noh, muidu suhted on soojad, et kui tal hea tuju on, siis ta aitab ka mind vahest. Aga ei, et ei ole midagi hullu.“ (Ema)

„Magnus on ilmselt, kuskil seal kahe kõrva vahel ta on ise ilmselt mingid mõtted pähe võtnud ja tal võib-olla see mingi pinge ja stress on peal. Et /---/ mingeid otsuseid tehes ta peab alati kuskil kellegi teise peale alati mõtlema esimesena või tähendab mitte iseendale. Et ta ei saa olla nagu tavaline laps, vaid ta peab olema nagu täiskasvanu oma vanemale, oma emale, kelle eest ta peab pidevalt hoolitsema ja oma noorema õe pärast muretsema. Seal haiglas, mis minu jaoks oli kummaline, et laps läks endast välja, kui ta kuulis, et ta peab minema turvakodusse. Ta läks nii endast välja, et ta isegi viskas tooli pikali, täiesti agressiivseks muutus. Ja ema istus rahulikult ja ainult vaatas, ta ei üritanud poisiga rääkida, ta ei rääkinud poisiga praktiliselt üldse, ta ei üritanud teda rahustada. Ainult nii palju ütles, et kuna tema oli nõustunud selle 10-päevase rehabilitatsiooniga, et siis laps selleks ajaks peaks minema turvakodusse. See oli ainus lause, mis ta poisile ütles.“ (Kooli esindaja)

Magnuse suhted oma isaga on keerulised, selles on palju vägivalda ja alkoholisõltuvusest tulenevaid probleeme. Kuna isa on pidevalt joobes ning ettearvamat, siis eelistab Magnus suhelda emaga (kuigi ema ajab teda vahel närvi ning paaril korral on neil omavahel olnud ka füüsilisi konflikte). Samas oskab Magnus väga hinnata neid koos veedetud harvaesinevaid momente, kui isa on olnud kaine ja „lõbus isa“.

„Siis ma saaksin isaga paremini läbi, kui ta ei jookse. Ma saaksin temaga väga hästi läbi. /---/ Ma põhimõtteliselt ei käi üldse läbi, ma käin kogu aeg emaga läbi või midagi sellist ja kui mu isa tahab minuga rääkida, siis ma lihtsalt saadan ta sinnasamusesse, lükkan ta eemale, lähen teise tuppa. Sellepärast, et mu isa, ta on kogu aeg, kui ta tahab minuga rääkida, siis ta on kogu aeg purjus ja kui ta oleks, oleks üks kordki, kui ta oleks kaine ja tahaks minuga millestki huvitavast rääkida.“ (Magnus)

„Kui me oleme käinud temaga koos tööl, kui ma olen nagu kaasa läinud või midagi, siis on olnud päris tore – ta oskab nagu nalja teha või niimoodi. Temaga ongi päris lõbus. Isegi viimane kord, kui ta mulle telefoniga helistas, siis ma naersin kõht kõveras. Sest vaata, vanglas ta ei saa juua ja siis on temaga tõesti väga lõbus olla. Aga see joomine just. Ma loodan, et kui ta tuleb sealt välja, siis ta enam ei joo ka selle pärast, et muidu ma tõesti lasen emal ta lihtsalt välja visata. Mingu, ma ei tea, kuhu tahes, mind ei huvita.“ (Magnus)

Magnuse iseloomustus

Magnus on hulkunud tänavatel poole oma elust, alates 7. eluaastast. Kodus on ta harva ja tema asukoha ja tegevuse kohta teave nii vanematel kui spetsialistidel puudub. Magnus suitsetab alates 7. eluaastast, alkoholi on tarbinud loetud korrad (enda sõnul ei meeldi talle alkoholijoobe tunne). Narkootikumidesse suhtub ta negatiivselt. Spetsialistid on Magnusel diagnoosinud depressiooni ja tähelepanuhäire, samuti on täheldanud, et tal on väga piiratud impulsikontrolli võime.

Intervjueeritud spetsialistid tõid esile Magnuse väga head suhtlemisoskust ja valmisolekut uute inimestega tutvuda. Magnusele on iseloomulik madal planeerimisvõime (sh puudub ajataju), võime mõelda tulevikust, võime aduda põhjus-tagajärg seoseid ja mõista kokkulepete tähendust. Nii on võimalik Magnusega küll kenasti vestelda, kuid keeruline on temaga jõuda kokkuleppele, millal ja kus vestlus aset leiab, sest sageli on „tema kulgemine teda mujale viinud, kui kokku lepitud ajal kokkulepitud kohta“. Sellised omapärad (pisut pehmema kujul) on omased ka Magnuse emale.

„Esialgelt vaadates [on Magnus] hästi siiras, hästi heatahtlik. /---/ Kuigi seda ma olen ka näinud, kui talle seal haiglas öeldi, et ta ei saa koju minna, siis ta loopis meie kõikide ees asju ja saatis kõiki pikalt. Ja olen ka kuulnud, kuidas ta on oma ema pikalt saatnud ja sõimanud. Nii et vägivaldsuse ilmingud on olnud, aga samas ta on ikkagi selline hoolitsev, muretsev, tundub, et tahab head. Mina ei ole pahatahtlikku käitumist kordagi täheldanud.“ (Sotsiaaltöötaja)

„Ta tuli suvetööle, aga ta ei tahtnud koolimaja uksest sisse tulla. Et tal oli alati mingisugune tõrge. Ma mäletan, et me alati ajasime teda taga – ta tuli, kõndis mööda koolimaja uksest, oli koolimaja ümber. Ta tuli kohale, aga ei läinud uksest sisse ega hakanud õppima. Siis kui ema tõi ta autoga, siis oli ka niimoodi, et ma nägin, et ta täiesti teeskles, pisarad, nuttis laps, üks ole, ema on, ma vaatasin kohe, et see ei ole niimoodi, et need pisarad ei ole reaalsed. Lihtsalt tegin südame külmaks ja ütlesin, et nüüd lähed klassi ja lõpuks ta läks sisse. Ja nii nagu ta klassi jõudis, kõik, pisarad kadunud ja ta tegi poolteist–kaks tundi matemaatikat täiesti rahulikult, mingit takistust ei olnud. Aga lihtsalt see hetk, et uksest sisse minna, see oli tema jaoks kõige raskem. Et kui ta juba kohal oli, siis ei olnud selles mõttes mingeid probleeme. Jah, tõesti, et keegi õpetajatest ei kurtnud kunagi, et ta ei teeks kaasa või sellist kuidagi olnud. Kui ta oli koolis, siis ta oli täiesti tavaline õpilane. Ta tunnis töötas kaasa, ta kuulas, suhtles kaasõpilastega, jooksis koos teistega mööda maja ringi, ei olnud niimoodi, et istus kuskil nurgas või niimoodi. Ta suhtles ja oli täiesti normaalne.“ (Kooli esindaja)

Magnuse MDFT programmi suunamine

Pere sattus kohaliku omavalitsuse vaatevälja 2015. aasta aprillis, kui tuli teade, et valda on kolinud uus pere kooliealise lapsega (Magnus). Mais tulid koolist signaalid, et laps puudub koolist ja on hoolitsemata (tulnud kooli määrdunud riielega jms). Sellele järgnesid omavalitsuse sotsiaaltöötaja korduvad kodukülastused.

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja lastekaitsetöötaja püüdsid leida lahendusi Magnuse olukorrale. Nad uurisid pere kohta infot nende eelmistest elukohtadest ja said teada, et Magnus on olnud korduvalt suunatud alaealiste komisjoni, kus talle on kohaldatud erinevaid mõjutusvahendeid, kuid oluliste tulemusteta. Perele võimaldati psühholoogilist nõustamist, kuid pere ei suutnud nõustamisel püsida. Samuti prooviti Magnust suunata rehabilitatsiooniteenusele, kuid kahjuks ei käinud pere seal kohal.

2015. aasta juunis sattus Magnus alkoholimürgistusega kiirabisse, mistõttu sattus uuesti alaealiste komisjoni. Viimase mõjutusvahendina enne erikooli saatmist otsustati kasutada MDFT pereteraapiasse suunamist.

„Kuna väikestel omavalitsustel ju ei ole neid rahasid ja asju, siis ikka vaatad, kust saaks mõne projekti, kas siit või sealt. /---/ Alaealiste komisjonil oligi kaks võimalust, kas nüüd saata kohtumäärusega erikooli või siis proovida pereteraapiat. Ja [MDFT-l] oli see eelis, et [MDFT terapeudid] käivad kodus ja /---/ neil on ka psühholoogialane ettevalmistus, mis on ka väga oluline.“ (Sotsiaaltöötaja)

„Erikoolid meie mõistes on ikkagi sellistele lastele, kes teadlikult teevad pahandusi ja teistest ei hooli. Magnus selles mõttes ei ole tegelikult erikooli kandidaat. Et kui meil oleks selliseid koole, kes aitavad raviga ja toetavad mingeid pidurdusprotsesse, et ta kogu aeg ei põgeneks ja ei kappaks, võib-olla siis oleks olnud esimene variant erikooli. Aga kuna [erikool] on nagu selliste kaakidele, kes nagu teadlikult tahavad pahandusi ja teistele haigeid teha, et siis jah, ei olnud see nagu esimene valik.“ (Sotsiaaltöötaja)

Alaealiste komisjoni kohtumisel tutvustati Magnuse emale MDFT-d ja tehtu ettepanek osalemiseks. Magnus komisjoni kohale ei tulnud, kuigi oli teadlik komisjoni toimumisest.

MDFT protsess

Esimestel kohtumistel terapeudiga oli pere väga avatud ja motiveeritud pereteraapias osalema. Terapeudi hinnangul oli perega kontakti saamine kerge, sest tegu on sõbralike ja jutukate inimestega, kes olid valmis avameelselt suhtlema. Ja seda vaatamata Magnuse eelarvamusele, et taaskord tuleb tal tegemist teha „mingi mõttetutu spetsialistiga, kellega midagi rääkida ei ole“. Magnuse motivatsiooni tõstis ka asjaolu, et tänu teraapias osalemisele ei pidanud ta erikooli minema.

Terapeut kirjeldab Magnuse käitumist esimestel MDFT kohtumistel: „Ta vaatles olukorda mõnda aega ja sai aru, et olukord ei ole ohtlik, pahandama ei hakata.“ Sama kinnitas ka Magnus oma intervjuul, kui tõi välja, et meeldivaks üllatuseks oli, et tegu polnud „pahandava tädiga“.

„Ausalt öeldes, kui ma hakkasin mõtlema, et no olgu peale, see kodukülastus, ma olin täiesti päri sellega, sest ma nägin, et Maarika [terapeut] on selline lihtne. Mina ei tea,

minule igal juhul meeldis see mõtte kohe. /---/ Et nii palju, kui ma neid psühholooge ja teraapiaid, mis siin on ette nähtud, kus ma olen käinud ja kus ma olen isegi minemata jätnud, et võrreldes nendega jah, ta on nagu hästi selline lihtne ja temaga on tõesti hea rääkida“. (Ema)

Magnus ja ta emad jäid teraapia protsessi kirjeldamisel väga üldsõnaliseks. Neilt oli keeruline saada vastuseid selle kohta, mis teraapiasessioonidel toimus, millest räägiti ning milliseid muutusi nad teraapia järgselt tajuvad või mida sellest kogemusest nõ kaasa võtsid. Püüti rääkida pigem minevikust, kuidas laps on kasvanud ning laps rääkis oma seiklustest sõpradega, vältides sellega teraapia meenutamist.

Terapeudi hinnangul oli kuus kuud kestnud teraapia protsess üldiselt ladus, sest ei olnud konflikte. Küll aga pidurdas protsessi pereliikmete madal võimekus kokkulepetest kinni pidada, eelkõige kokku lepitud kohtumise aegadest. Seetõttu jäid mitmed kohtumised ära ja väga keeruline oli kohtuda iga nädal vähemalt korra. Kuue kuu jooksul kohtus terapeut lapsega 4-5 korral, mõnel korral osales ka isa, kuid enamasti olid kohtumised vaid emaga.

Magnuse ema sõnul oli kohtumisteks aja leidmine keeruline, seda tänu tema epilepsiale, samuti oli vahel takistuseks elukaaslasega tülitsemine, kuna vägivalda jälgedega ema ei soovinud end teisele inimesele näidata.

Teraapia esimesel kuul on fookus eelkõige pereliikmete võimekuste ja motivatsioonide hindamisel. Selle käigus selgus, et Magnusele on vaja teostada psühhiaatriline hindamine. Samuti selgus, et nii ema kui lapse operatiivmälu võimekus on äärmiselt lühike (näiteks, kui teraapia sessiooni käigus tuli terapeut tagasi teema juurde, millest vesteldi 15-20 minutit tagasi, kuid sõnastas teema veidi teises sõnastuses, siis oli nii lapse kui ema jaoks tegu täiesti uue temaga).

MDFT metoodika üheks sihiks on perekonnas heade koostöösuhte sõlmimine, mis aitab kaasa sellele, et pereliikmed hakkavad omavahel kõnelema oma kogemustest viisil, mis teistele pereliikmetele haiget ei tee. Terapeut on selles protsessis pigem „vahendaja“ rollis, kes aitab sõlmida pere vajadustepõhiseid kokkuleppeid ja seda selliselt, et need kokkulepped oleksid realselt elluviidavad. Magnuse pere puhul sai terapeutile töö käigus selgeks, et põhiline probleem peres on isa ja ema alkoholisõltuvus ning MDFT rakendamine on keeruline. Seetõttu oli MDFT esimestel kuudel oli peamiseks eesmärgiks lõpetada vanemate alkoholi tarvitamine. Kuigi mõlemad väitsid, et nad alkoholi ei tarvita, siis tegid nad seda siiski. Teraapia vältel olid mõlemad vanemad võimelised tunnustama, et lapse elu on ohus, kui nad niimoodi jätkavad, kuid hoolimata sellest ei suutnud kumbki neist selleks midagi ette võtta.

„Ma sain aru, et nende jaoks need traditsioonilised MDFT meetodid, mis põhinevad kokkulepete sõlmimisel ja siis vaatamisel, et isegi siis, kui see kokkulepe ei pea, et mis siis juhtus, et nendega läheb see raskeks“. (Terapeut)

Peamiselt püüdis terapeut MDFT käigus aidata lahendada pere igapäevaseid praktilisi küsimusi ja selleks tegi terapeut palju koostööd KOV töötajatega (päevakeskuse juhatajaga ja lastekaitsetöötajaga). Teraapia protsessis sai võrdlemisi kiiresti selgeks, et nii ema kui poja puhul on tegemist seesugust laadi probleemidega, kus suhete ehitamine ei aita (õieti olid omavahelised suhted ainus asi, mida selles peres sai kuidagimoodi toimivaks hinnata). Terapeudi sõnul võttis ta sellest tulenevalt teraapia protsessis fookuse MDFT neljandale suunale ehk pereväliste dimensiooni tugevdamisele.

Võrreldes teiste käesoleva uuringu käigus käsitletud juhtumitega, oli Magnuse juhtum eripärane selle poolest, et intervjueeritud spetsialistide jaoks oli tegu väga raske juhtumiga, millest nad olid emotsionaalselt väga puudutatud (sh tuli intervjuudel ette spetsialistide nutmist). See annab tunnistust ka spetsialistide küll suurest aitamissoovist, kuid samas tajutud võimetustundest, mis kaasneb pere aitamise ebaõnnestumistega.

„Antud pere on meil jah kõige raskema ajalooga selles mõttes, et temaga on tehtud A-st B-ni ja C-ni ja milleni iganes, et kõike on proovitud. Teistega ei ole nagu asi nii hulluks läinud. Teistele me oleme saanud kas rehabilitatsiooni-programmi, kus nad ise on käinud ja vanematel on olnud nagu rohkem ressursse ja pigem on vanemad olnud koostööaltimad“. (Sotsiaaltöötaja)

Terapeudi ja pere omavaheline suhe

Terapeudi suhe perega oli hea ja nii ema kui laps nimetasid terapeuti usaldusväärseks ja hoolivaks inimeseks, kellega on väga meeldiv suhelda. Ka terapeut meenutab peret pigem soojuse ja kurbusega („Kuidas on küll võimalik, et mõnel inimesel on selline saatus juba algusest peale“). Teraapia kestel pere poolt vastupanu protsessile ei kohanud, kuid tajutav oli vanemate vaheline pinge.

„Pinge tuli sellest, et kui mina välja ilmusin, siis see pani neid mõtlema sellest, et nad ei ela tegelikult hästi. Ja eks neil oli teineteisele etteheiteid ka. Ja ma saan aru, et nad kasutasid mind ära ka selleks, et öelda asju, mis muidu viisid kakluseni. Et aeg-ajalt õnnestus mõne päeva jaoks koostada isegi selline kirja pandud plaan, et sel kellaajal teed seda, sel kellaajal teed seda ja vahetevahel õnnestus seda ka ellu viia, aga kuna nad on lihtsalt niivõrd impulsiivsed, siis kõike seda, mis võib see algolukord, ei õnnestu ette näha ja niipea, kui mõni tingimus on muutunud, siis on seda plaani väga raske sinna tingimustesse sokutada.“ (Terapeut)

Terapeudi sõnul tundis Magnuse ema end kogu MDFT protsessis väga ambivalentset, ühest küljest on emal väga madal enesehinnang ning teisalt on ta rahulolematu, et tal rahulikult elada ei lasta (kiusatakse).

Magnus kirjeldab pere ja terapeudi omavahelisi suhteid järgmiselt: „Maarika [terapeut] oli väga hea psühholoog, oskas asju seletada, oskas asju lahendada“. Magnuse hinnangul emale samuti terapeut meeldis, sest ema sai temaga vabalt rääkida. Isaga kohtumistel oli Magnuse sõnul terapeut eemalehoidev („Kuulas nagu muuseas“).

Lapse kogemus teraapiaga

Terapeudi ja ema sõnul osales Magnus teraapias 4-5 korda, Magnuse enda sõnul osales ta 10 korda.

„Tema kõige tavalisem vestlusest osavõtu viis on see, et ta mängib telefoniga ja siis aeg-ajalt ütleb nagu midagi vahele. Ja vahepeal peab ta käima ära, no kasvõi, et liigub kuskile ära, läheb kasvõi kööki ja võtab väikese ampsu kuskilt külmkapist.. Et see tähelepanu keskendumise võime on väga väike. Ja füüsiline liikuvus, vajadus asendit vahetada, kohta

vahetada on suur ja kusagil täiesti keset vestlust võib ta üritada ka täiesti välisuksest välja libiseda. Et mitte, et midagi halvasti oleks, aga talle tundub, et mis on siin ja praegu huvitavat, on juba läbi. Ja kui temalt selle kohta küsida, siis ega tal ei ole mingit kava, pigem.. et ma mõtlesin lihtsalt, et ma lähen korraks välja.“ (Terapeut)

„Kui Maarika [terapeut] kohal oli, siis mina ei osalenud – enamasti mind ei olnud kodus või magasin. Ema vatras igale küsimusele vastuseks, mina ei öelnud midagi. Maarika mõistis mind, rääkis ilusti... teda sai usaldada ka. /---/ Ema rääkis rohkem ja vahel kui midagi minu käest küsis, siis ma ütlesin, et nojah, mhm, okei. Siis vahtisin telekat edasi. Või siis läksin teise tuppa telefoni. Siis, kui ma kodus olin, siis ma rääkisin küll midagi sinna vahele. Aga ma ei olnud selles suhtes kunagi kodus, kui terapeut käis või siis oli see lihtsalt nii vara, et ma magasin. Ma lihtsalt ei olnud kohal, ma olin kuskil õues sõpradega.“ (Magnus)

Magnuse sõnul on kõik tema abistajad olnud toredad või vähemalt üritavad olla toredad, „aga tegelikult ma ju ei tea“. Terapeudi sõnul oli Magnus üldiselt kõigi abistajate osas umbusklik, sest neid on olnud tema elus mitmeid, kuid muutusi ei ole nad endaga kaasa toonud. Ka MDFT tulemuslikkuse kohta avaldas ta arvamust, et sellest ei ole talle midagi kasu olnud, sest kui ta varem vähemalt käis koolis, siis enam ei käi. Samas tõi terapeut välja, et Magnuse võimekus erinevaid tegevusi või asjaolusid omavahel seostada väga nõrk. Samuti ei arvanud Magnus, et tal oleks teraapiat vaja – terapeudi hinnangul oli ta motiveeritud osalema pigem seetõttu, et sai seal emaga suhelda.

„Ta on võtnud seisukoha, et nahunii midagi ei muutu. Et kõige selle, erinevate ponnistuse juures, on minu meelest tal tekkinudki see, et ta ei usalda kedagi, tal ei ole selleks tegelikult ju põhjusi, sest kõik teevad midagi, otseselt nad ei ole pahatahtlikud, aga see vist, millest laps unistab, minu meelest, et kodus on rahulik, ema on kaine, seda ei ole toimunud“. (Sotsiaaltöötaja)

Magnuse ema arvates pojale teraapia sessioonid ei meeldinud, sest seal tuli endast rääkida ja seda Magnusele ei meeldi teha. Samas rääkis Magnus MDFT-st ka oma sõpradele ja seda positiivses võtmes.

Teraapia lõpetamine

MDFT käigus jõudsid terapeut ja lastekaitseametnik mõistmisele, et laps/pere tuleb edasi suunata mõnele sobivamale abiandjale/teenusele. Terapeudi hinnangul oli tegemist erakordselt keeruka juhtumiga, mis otseselt ei sobitu ühegi Eestis pakutava teenuse piiridesse ning sobiva teenuse või teenustepaketi leidmiseks peaks KOV kasutama Sotsiaalkindlustusameti juhtumikonsultandi abi. Kuna juhtumi-konsultantide näol on tegu uue teenusega, mida kohalikud ametnikud ei ole veel harjunud kasutama, siis võib see saada takistuseks Magnuse pere olukorrale sobiva ja õigeaegse toe leidmisel.

Magnuse ema ja terapeudi viimane planeeritud kohtumine jäi ära ema alkoholijoobe tsükli tõttu – ema oli kodunt ära ja ei teadnud ka lapse asukohta. Seetõttu toimus terapeudil vestlus emaga vaid telefoni teel. Peale seda on ema võtnud terapeudiga veel ühel korral ühendust, et uurida võimalusi edasiseks suhtluseks. Kohalik omavalitsus on aga algatanud Magnuse vanematelt vanemlike õiguste piiramise protseduuri, kuna laps on oluliste erivajadustega ja ema võimekus neid vajadusi täita on liialt madal. Nii

ema ise kui ka isa tunnistavad, et ema ei ole võimeline mõistma oma lapse erihoolekande vajadusi ja tegema vastavaid otsuseid.

Tajutud muutused MDFT tulemusena

TABEL 3. KOKKUVÕTE JUHTUMI OSALISTE TAJUTUD MUUTUSTEST

Muutuste dimensioon	Juhtumi osaliste hinnang muutustele
Koolielu	Laps jäi klassi kordama, sest lõpetas koolikäimise täielikult.
Vaba aja veetmine	Lapse eluviis on muutunud riskeerivamaks, on tekkinud kamp Tallinnas, sotsiaalmajade elanike seast.
Suhted perekonnas	Suhted perekonnas on samavõrra lähedased kui enne teraapiat, kuid laps ja ema on varasemast avatumad (suure tõenäosusega tänu isa vanglasse paigutamisele).
Emotsionaalne tervis	Antidepressandid on aidanud kaasa sellele, et Magnus vihastab vähem ja on vaoshoitum („ <i>Ei loobi enam niipalju asju katki</i> “). Laps on muutunud avatumaks ja võtab elu positiivsemalt.
Pere ootused tulevikule	Terapeudi hinnangul ei näe laps oma elustiilis probleemi ja vajadust muutusteks, sest ta ei ole kunagi teistsugust elu kogenud. Seevastu vanemad, kellel on olnud paremaid aegu ja on näinud ka teistsuguseid elutingimusi (eriti isa, kes on elu alustanud majanduslikult healt järjelt), nemad tajuvad, et elukvaliteet on alla läinud ja tegelikult võiks elada paremini.

Terapeudi refleksioon MDFT meetodika rakendamisest

Supervisionide käigus mõistis terapeut, et kui mõlemad vanemad on sõltlased, siis ei pruugi perel olla piisavalt palju ressursi, et MDFT-st oleks perele abi.

MDFT protokoll näeb ette igasuguse vastuolu puhul ringimineku ja terapeutide väljaõppel pannakse suurt rõhku oskustele konfronteerumise vältimiseks. Terapeut ei suuda meenutada, et perel oleks olnud vastupanu olukordi kogu teraapia vältel, küll aga meenutab terapeut järgmist:

„Ma mäletan, et ma mõtlesin, et kui ma oleksin endiselt perikeskuses ja teeksin oma tööd vanaviisi, siis ma oleksin mõnes kohas tõenäoliselt natukene teravam, aga ma tõesti püüdsin seda selles suhtes, seda protokolliga hoida, et isegi, kui kõiki asju, mida see protokoll ette nägi, ei olnud võimalik ellu viia, siis ma ei võtnud kasutusele protokolliväliseid asju, mis nagu kogu sellele MDFT ideoloogiale oleksid vastu hakanud“.

Terapeut järgis protokoll, kuid liikus üsna aeglaselt edasi. Perega terapeutilise liidu loomine võttis kauem kui muidu - ligi 2 kuud. Terapeudi hinnang selle võimalikele põhjustele:

„Pärast igat järjekordset alkoholipruukimist nägi ema välja nagu nurka teinud kutsa ning oli valmis pragamiseks. See tähendas uuesti liidu loomise hakatamist“.

Kuigi omavahelist suhtlust, üksteisega ehedat ja süüdistamiseta kõnelemist suudeti pereliikmete vahel saavutada, siis paraku ükski kokkulepe kogu teraapia protsessi vältel pidama ei hakanud.

Terapeudi sõnul ei ole tema ja ta kolleegide MDFT juhtumite hulgas olnud nii vähese edasiminekuiga juhtumit. Selle juhtumi mitmed asjaolud on üsna tavalised ka teiste MDFT juhtumite juures, kuid antud juhtumi puhul tuleb eriti teravalt esile lapse käitumishäirete kompleks, mis jääb sotsiaalsüsteemi ja tervishoiusüsteemi vahele ning millele hetkel Eestis head lahendust pakkuda pole.

2.5. Juhtumite üldistatavus

Eelnevad juhtumite kirjeldused annavad ülevaate kolme erineva perekonna ja terapeudi kogemustest MDFT-ga. Selleks, et hinnata, kuivõrd illustreerivad need lood ka teiste pere ja terapeutide kogemusi MDFT-ga, toimus juhtumite arutelu ekspertidega, kelleks antud juhul olid Eesti MDFT terapeudid ja superviisorid.

Analüüsi kaasatud kolmest juhtumist kaks esimest (Henri ja Arturi juhtumid) on käsitletavad edulugudena ehk näidetena MDFT positiivsetest tulemustest. Tegu oli peredega, kes olid motiveeritud ja võimelised teraapias osalema, MDFT metoodilised võtted toimised ning selle tulemusena toimusid perede elus olulised positiivsed muutused. Eesti MDFT superviisorite ja terapeutide hinnangul on mõlema juhtumi näol tegu üsna tavaliste MDFT juhtumitega, mille juhtumianalüüsis ilmnenud eripärad on sarnased ka paljudele teistele MDFT klientidele. **Kõige olulisemaks tunnuseks selliste edukate juhtumite puhul on terapeutide hinnangul perekonna tajutud vajadus muutuste järele, usk muutuste võimalikkusesse ja motivatsioon pühenduda olukorra parandamisele – tunnused, mis võib kokku võtta koondväljendi alla**

perekonna ressursid. Juhtumid, kus perekonnal selliseid ressursse ei ole, sageli sedavõrd positiivse tulemini ei jõua. Üheks näiteks sellistest perekondadest on käesoleva analüüsi kolmas juhtum. Magnuse juhtum on Henri ja Arturi omadest oluliselt keerulisem - peresuhetes on palju vägivaldset ja kriminaalset käitumist, vanematel on sõltuvusprobleemid ja mitmed teised psühhiaatrilised ja käitumisprobleemid, samuti on perel sotsiaalsed toimetulekuraskused. **Terapeutide hinnangul moodustavad sedavõrd keerukad juhtumid ligikaudu poole MDFT-sse suunatud juhtumitest.** Tulemused selliste peredega töötamisel varieeruvad, on nii edukaid kui ebaedukaid juhtumeid, sõltudes taaskord paljuski perekonna ressurssidest.

Terapeutide hinnangul annavad kõik kolm juhtumit üsna hea läbilõike MDFT-sse suunatud juhtumitest. Juhtumites on katmata mõned probleemid, mida üsna sageli MDFT klientidel esineb:

- Lapse sõltuvushäire (alkoholi- ja kanepi-sõltuvus, aga ka arvutisõltuvus)
- Kampades ja organiseeritud kuritegevuses osalemine (väljakujunenud roll hierarhilises

- suhtlussüsteemis, kust on väga keeruline välja saada)
- Lapse võlaprobleemid (säilib vajadus varastada)
- Perekonnas suur hoolduskoormus (teised lapsed, raskelt haige pereliige jms)
- Lapse riskiv seksuaalkäitumine (soovimatud või planeerimata rasedused, nakkushaigused)

Eraldi töid terapeudid välja asjaolu, et uuringusse on kaasatud vaid poiste juhtumid, mis on tüdrukute juhtumitest veidi erinevad. **Tüdrukute puhul on terapeudid täheldanud, et need juhtumid on pea alati väga tõsised ja keerulised, lihtsamaid juhtumeid on harva.** Põhjuseks peeti asjaolu, et tüdrukud oskavad probleeme paremini varjata ja neist välja tulla ning spetsialistide vaatevälja satutakse alles siis, kui probleemid on väga tõsised. Tüdrukute puhul pööratakse MDFT teraapias rohkem tähelepanu ka riskivale seksuaalkäitumisele ja sellega kaasnevatele riskidele.

Terapeutide arutelu käigus joonistusid välja järgmised **kõige sagedamini MDFT juhtumeid iseloomustavad jooned** (mida analüüsitud juhtumid ka ilmestasid):

- Probleemid saavad alguse varakult, 8-9-aastaselt
- Peredes bioloogilise isa asemel kasuisa, kellega läbisaamine ei ole hea
- Perekondades on kriminaalse taustaga liikmeid (sagedamini isad)
- Perevägivald (nii vanemate omavaheline kui lapse vastu suunatud)
- Vanemate alkoholisõltuvus
- Psüühika- ja käitumishäired nii lapsel kui vanematel
- Lapsele antud vanemlik roll

- Väsinud, kurnatud ja toimetulematu ema, kes vajab tuge
- Kooliga seotud probleemid on üheks oluliseks pingete allikaks laste ja vanemate omavahelistes suhetes ja sageli ei paku kool lapsele ja perele vajalikku tuge

Terapeutide hinnangul on **MDFT protsessis osalemine enamike perede jaoks pigem positiivne kogemus**. Enamikel peredel on olnud varasemaid negatiivseid kogemusi erinevate „noomivate spetsialistidega“, mistõttu on neil alguses sageli umbusk MDFT-sse. Enamasti see muutub peale esimesi teraapia sessioone, sest MDFT terapeudid eristuvad teistest spetsialistidest oma hooliva ja hinnanguvaba käitumisega. Kuna **paljude lapsevanemate jaoks on see esmakordne positiivne kogemus nõ abistava spetsialistiga**, siis kogevad nad terapeutide sõnul ka lausa eufoorilisi emotsioone - erakordset lootust, rõõmu ja kergendustunnet, mis annavad usku olukorra paranemisesse.

Sageli tuleb MDFT terapeutidel ette olukordi, kus **pered vajavad lisaks MDFT-le ka täiendavaid tugiteenuseid, kuid need ei ole kõikjal Eestis piisavalt kättesaadavad** (nt logopeedi või psühhiaatri teenus). Ette tuleb ka juhtumeid, kus lapse või vanema vajadus mõne erispetsialisti või teenuse järele selgubki tänu MDFT-le ja tänu sellele jõutakse vajaliku abini. Probleemiks on aga sellised kliendid, kelle jaoks ei ole MDFT sobiv teenus, kuid sobivad alternatiivsed teenused ka puuduvad. Nimetatud probleemi töid välja nii terapeudid kui uuringu käigus intervjueritud alaealiste komisjonide liikmed ja sotsiaaltöö spetsialistid.

3. Programmi mõjude analüüs

3.1. Metoodika

Hindamisinstrument

Eesti MDFT programmi võimalike mõjude hindamisel kasutati YLS/CMI (Youth Level of Service / Case Management Inventory) riskihindamise küsimustikku. Tegu on noorte õigusrikkujatega töötavatele spetsialistidele suunatud hindamisinstrumendiga, mis võimaldab kaardistada konkreetse noore riskid ja vajadused. Küsimustik on üles ehitatud selliselt, et pakkuda spetsialistile tuge ja vajalikku informatsiooni konkreetse juhtumiga töötamiseks, sh juhtumiga töötamise plaani koostamiseks. YLS/CMI hindamisinstrument tugineb retsidiivset käitumist käsitlevatele kaasaegsetele teooriatele, eelkõige kuritegeliku käitumise sotsiaalpsühholoogilisele mudelile (Andrews jt 2006, Andrews jt 1990). Instrument on valideeritud kasutamiseks 12-18-aastastele noortele, nii poistele kui tüdrukutele, nii kriminaalhooldusel viibivatele kui ka kergema astme õigusrikkujatele.

Küsimustiku abil kogub ja süstematiseerib spetsialist informatsiooni järgmistes valdkondades: 1) õigusrikkumised, 2) peresuhted, 3) kooli- ja tööelu, 4) tutvusringkond, 5) sõltuvusainete kuritarvitamine, 6) vaba aja tegevused, 7) iseloomulik käitumine ja 8) ellusuhtumine. Kokku hinnatakse 42 erinevat tunnust (vt tabel 4), millest iga tunnuse olemasolu eest skooritakse üks punkt. Seega on maksimaalne võimalik skoor 42 ja vastavalt oma skoorile paigutub noor ühte riskikategooriasse neljast. Skoor vahemikus 0-8 punkti viitab madalale riskitasemele, vahemik 9-22 viitab keskmisele riskitasemele,

vahemik 23-34 kõrgele ja enam kui 35 punkti viitab väga kõrgele riskitasemele.

Hindamisküsimustiku täitmiseks kogub spetsialist informatsiooni erinevatest allikatest: a) vestlus noore endaga, b) vestlus noore vanematega, c) vestlused teiste spetsialistidega (politsei, õpetajad, arst vms), d) noore psühholoogiliste testide tulemused, e) ametlikud andmed koolist, politseist ja teistest institutsioonidest. Vestluste abil informatsiooni kogumiseks on küsimustikuga kaasas ka intervjuerimise juhised, sh intrevrjuerimisküsimustik. Kuigi suures osas tugineb hindamisinstrument subjektiivsetele hinnangutele, on instrumendi väljatöötajate eeldus, et spetsialistid on võimelised juhtumeid soovi korral hindama ausalt ja võimalikult objektiivselt.

Kuriteoennetuse Sihtasutuse juhtimisel on YLS/CMI riskihindamise küsimustik valideeritud ja kohandatud Eestis kasutamiseks nii eesti kui vene keeles.

TABEL 4. YLS/CMI RISKIHINDAMISE KATEGOORIAD JA HINNATAVAD TUNNUSED

Õigusrikkumised	Uimastite kuritarvitamine
1. Süütegusid 3 või enam	23. Tarvitab narkootilisi aineid juhuslikult
2. Nõuete mittetäitmisi 2 või enam	24. Tarvitab narkootilisi aineid sageli
3. On olnud kriminaalhooldusel	25. Tarvitab alkoholi sageli
4. On onud vangistuses	26. Uimastite tarvitamine häirib igapäevaelu
5. Hetkel vähemalt 3 süütegu	27. Uimastid on seotud süütegudega
Peresuhted	Vaba aeg
6. Järelevalve on puudulik	28. Vähesed regulaarsed tegevused
7. Noore käitumist ei ohjeldata	29. Võiks oma aega paremini kasutada
8. Ebasobilikud kasvatusmeetodid	30. Huvitegevused puuduvad
9. Erinevad signaalid vanematelt	Iseloomulik käitumine
10. Isa ja noore halvad suhted	31. Kõrgendatud enesehinnang
11. Ema ja noore halvad suhted	32. Füüsiliselt vägivaldne
Kooli- ja tööelu	33. Vihahood ja tujukus
12. Häiriv käitumine koolis/tööl	34. Keskendumishäired
13. Agressiivne käitumine koolis/tööl	35. Enesevalitsuse probleemid
14. Kehvad tulemused õppes/tööl	36. Süütunde puudumine
15. Probleemid kooli- või töökaaslastega	37. Verbaalne agressiivsus, häbematus
16. Probleemid õpetajate või ülemustega	Ellusuhutumine
17. Kohustuste eiramine	38. Antisotsiaalsed hoiakud
18. Ei käi koolis ega tööl	39. Ei otsi abi
Tutvusringkond	40. Keeldub pakutavast abist
19. Mõned õigusrikkujatest tuttavad	41. Ei tunnista autoriteete
20. Mõned õigusrikkujatest sõbrad	42. Hoolimatu ja kaastundetu
21. Positiivsed tuttavad puuduvad/vähesed	
22. Positiivsed sõbrad puuduvad/vähesed	

Valim, andmekogumine ja andmeanalüüs

Uuringu valimi moodustasid Eesti MDFT programmis osalenud noored (N=105), kelle teraapia algus jäi perioodi september 2015 kuni juuli 2016. Riskihindamise küsimustikke täitsid MDFT terapeudid uuringu jooksul kaks korda – teraapia alguses (baashindamine) ja ligikaudu kuus kuud peale teraapia algust (järelhindamine).

Valdav enamus järelhindamisi teostati 6-7 kuud peale baashindamist, üksikud järelhindamised teostati 5 kuud pärast või 8-9 kuud peale baashindamist. Kuna uuring käivitus kevadel

2016, mil märkimisväärne osa MDFT programmis osalevaid noori olid juba teraapiaga alustanud, siis tuli teostada 63%-le valimist baashindamine retrospektiivselt ehk hindamisküsimustik täideti tagantjärele, mitte teraapia esimestel nädalatel (keskmiselt 4-6 kuud peale teraapia algust). Ka järelhindamisi ei teostatud alati vahetult peale teraapia lõppemist – 26% hindamistest teostati samal või järgmisel kuul, kuid keskmiselt teostati järelhindamine 5-6 kuud peale teraapia lõppemist.

Võttes arvesse ajalisi nihkeid baas- ja järelhindamiste aegades, siis kirjeldavad hindamise tulemused muutusi, mis leidsid aset keskmiselt 10 kuu jooksul, sh 86% klientide puhul jäid

vahemikku 7-13 kuud (üksikutel juhtudel 6, 14, 15 või 18 kuud). Perioodi arvutamisel lähtuti eeldusest, et retrospektiivse baashinnangu andmisel lähtusid terapeudid kliendi olukorrast teraapiasse suunamise hetkel, mitte ajahetkel, millal hindamisankeet täideti ning järelhinnangu andmisel lähtusid nad teadmisest, mis oli ajahetkel, millal nad hindamisankeeti täitsid.

Kui baashindamine teostati 105 osalejale, siis järelhindamine 63-le osalejale ehk 42-le programmis osalenule ei olnud võimalik järelhindamist teostada. Järelhindamised jäid teostamata erinevatel põhjustel, kuid peamiselt oli põhjuseks asjaolu, et laps või vanem (või mõlemad) keeldusid uuringus osalemast või ei olnud nende käest võimalik saada kirjalikku nõusolekut uuringus osalemiseks (nõusolek oli vajalik alaliselt noorelt ja tema vanemalt). Paljude osalejatega ei olnud võimalik ka ühendust saada (kontaktandmete muutumise või elukohavahetuse tõttu), paar osalejat viibisid vangistuses ja üks osaleja oli vahepeal surnud.

Andmeanalüüsi läbiviimiseks kasutati statistika-programmi STATA 12.1. Gruppidevahelisi seoseid hinnati Fisheri testi abil. Muutuste olulisust dimensioonide ja soo, vanusrühmade, YLS/CMI skoori, baas- ja järelhindamise ajalise vahe ning teraapia kestuse vahel hinnati MANOVA mitmemõõtmelise dispersioon-analüüsi ja mitmemõõtmelise regressioon-analüüsi abil.

Metoodika puudused

Eelnevalt kirjeldatud uuringu metoodikal on mitmeid puudusi ja piiranguid, mida tuleb andmeanalüüsi tulemuste tõlgendamisel arvesse võtta.

Esiteks, MDFT programmis osalevate noorte hindamisi teostab konkreetse noore ja tema perega töötav terapeut, kes oma rollist tulenevalt ei ole käsitletav sõltumatu hindajana. Terapeudi enda subjektiivne tajumine juhtumite edukusest võib mõjutada tema hinnangut (eelkäige järelhindamisel) ja seda mõlemal suunal – hinnates kliendi muutusi negatiivsemaks või positiivsemaks, kui need objektiivselt on. Sarnaste uuringute läbiviimisel tulevikus võiks hindamised läbi viia sõltumatu ja juhtumiga mitte seotud isik.

Teise olulise puudusena saab välja tuua asjaolu, et märkimisväärne osa baashindamistest on teostatud retrospektiivselt, sh mitmed ka peale teraapia lõppu. Tagantjärele teostatud hindamise puhul on suurem risk ebatäpsustele, kuna toetatakse isiklikele meenutustele, mis võivad aja möödudes muutuda ebatäpsusteks.

Kolmandaks puuduseks saab pidada uuringu väikest valimit, mille puhul on probleemiks ka kõrge järelhindamisest kõrvale jäänute määr (~40%). Väikese valimi puhul on keeruline leida statistiliselt olulisi seoseid ja ja teha vettpidavaid järeldusi, seda enam, et analüüsist on jäänud välja märkimisväärne osa programmis osalenu-test, kelle osas puudub info, mis on neist saanud peale MDFT programmis osalemist – kas muutused nende eludes on positiivsed või mitte ja millisel määral.

Neljandana tuleb uuringu puudusena kindlasti käsitleda asjaolu, et MDFT programmis osalenu-te andmeid ei ole võrreldud sobiva kontrollrühmaga. Ilma kontrollrühmaga võrdlemata aga ei ole võimalik täie kindlusega väita, et muutused noorte õigusrikkujate eludes on toimunud just MDFT programmis osalemisest tingituna.

3.2. Läbilõige MDFT programmis osalenud noortest

Soo ja vanuseline läbilõige

Osalejatest enamik (66%) olid meessoost, naissoost osalejad moodustasid kolmandiku. Osalejate vanus jäi 10 ja 19 eluaasta vahele, **poiste keskmiseks vanuseks 15,1 ja tüdrukutel 14,4 eluaastat**. Tüdrukute madalam keskmine vanus on tingitud asjaolust, et 14-aastaseid või nooremaid osalejaid oli tüdrukute seas enam kui poiste seas (47% vs 41%). Samuti oli poiste seas enam 16-aastaseid ja vanemaid (52% vs tüdrukute seas 30%).

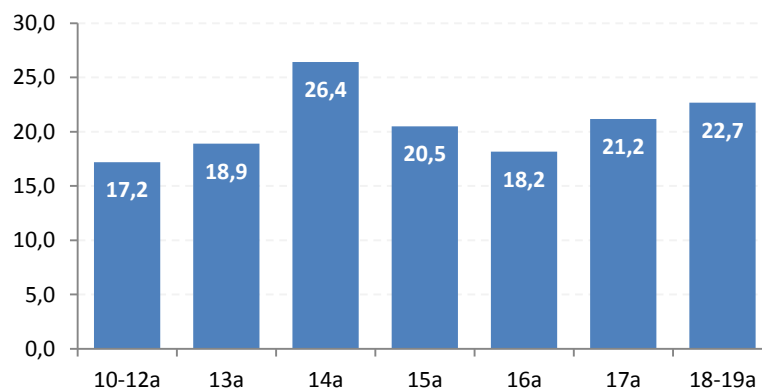
Juhtumite raskusastme läbilõige

Kõige enam oli osalejate seas keskmise raskusastmega (ehk keskmise riskiskooriga) noori, kes moodustasid ligikaudu poole osalejatest (56%, n = 59, keskmine skoor 16). **Kõrge raskusastmega juhtumeid oli 40%** (n = 42, keskmine skoor 27), sh ka mõned väga kõrge raskusastmega juhtumid (3%, n=3, keskmine skoor 35). Üksikud osalejad olid ka madala riskitasemega (4%, n = 4, keskmine skoor 3). Juhtumite jaotumine raskusastmete lõikes oli sarnane nii nooremate (10-14-aastased) kui vanemate (15-19-aastased) osalejate seas.

Joonisel 1 on esitatud eri vanuses osalejate keskmised riskitasemed, millest nähtub, et kõrgeima baastaseme skooriga osalejad olid 14-aastased.

Tabelis 5 on esitatud läbilõige osalejate riskitasemest MDFT teraapia alguses (ehk hindamise baastasemel) ja erinevate riski kategooriate lõikes. Iga kategooria nimetuse juures on märgitud vastava kategooria alatunnuste arv, mis ühtlasi on ka maksimaalne skoor, mis on võimalik vastavas kategoorias määrata – mida kõrgem skoor, seda kõrgem on vastava kategooria riskide tase. Kuna kategooriate lõikes on maksimaalse skoori suurus erinev, siis selleks, et kategooriate skooore omavahel võrrelda, on tulemused esitatud suhtelise skoorina (protsent võimalikust maksimaalsest skoorist).

Tabelist nähtub, et **MDFT-sse suunatud noorte seas sai enamikel täheldada vaba ajaga seotud riske** ehk enamus neist ei tegelenud huvitegevusega ja veetis liialt palju aega sihitult. Teise olulise riskina joonistub välja riskikäitumist soodustav tutvusringkond ja kolmandana probleemset peresuhted.



JOONIS 1. BAASHINDAMISE KESKMINE RISKISKOOR VANUSE LÕIKES (N=105)

Kui võrrelda omavahel keskmise ja kõrge riskiga noorte erinevusi riskikategooriate lõikes, siis nähtub, et õigusrikkumiste, riskikäitumist soosiva tutvusringkonna ja sihistamata vaba aja osas on riskitasemed pigem sarnased. Raskemate juhtumite kõrgem riskide koondskoor tuleneb eelkõige nende kõrgematest riskidest **pere, kooli, sõltuvusainete ning retsidiivsust soodustavate isikuomaduste ja ellusuhtumisega – need riskid on raskete juhtumite seas kõrgemad.**

Soo lõikes saab täheldada teatavaid erinevusi – kui sihitu vaba aja veetmise osas on probleemid suuremad poistel, siis peresuhete osas on probleemistik tõsisem tüdrukute puhul. Samuti tulevad soolised erinevused esile õigusrikkumiste osas, mille puhul on MDFT-sse suunatud poistel rikkumisi enam kui tüdrukutel. Seevastu on tüdrukutel tõsisemaid probleeme sõltuvusainete tarvitamisega. Soolised erinevused räägivad sellest, et riskide profiil, millega MDFT-sse jõutakse, on poistel ja tüdrukutel erinev – tüdrukutel on sõltuvused ja pereprobleemid märksa tõsisemad ning õigusrikkumised ja sihitu vaba aja veetmine ei ole levinud riskitunnuseks, seevastu kui poistel on. Ka terapeutid tõid välja, et sageli jõuavad tüdrukud liiga hilja abini, sest nad on osavamad oma probleemide tõsidust varjama ja see jääb tähelepanuta.

Oluline on ka markeerida, et riskikategooriate lõikes on **uimastite ja õigusrikkumistega seotud riskid kõige madalamad** ehk enamikel MDFT programmis osalejatel on vaid üksikud nende riskikategooriate tunnused või puuduvad üldse.

Kui aga vaatleme lähemalt neid MDFT programmis osalejaid, kellel on enam õigusrikkumisi, siis näeme, et **on teatud riskitegurid, mis õigusrikkumistega korreleeruvad – sõltuvus-**

ained (suurendab õigusrikkumiste tõenäosust 1,98 korda), **perega seotud riskid** (suurendab riske 1,6 korda) **ja retsidiivsed käitumisjooned** (suurendab riske 1,3 korda). Nimetatud kolme riskiteguri seosed õigusrikkumistega olid andmeanalüüsis statistiliselt olulised.

Juhtumite piirkondlik jaotuvus

MDFT programmis osalenute vanuseline jaotuse ja riskide profiili osas olid piirkondade vahel mõned erisused (tabel 6 ja tabel 7). Vangla meeskonna klientide keskmine vanus oli kõige kõrgem (16,6 eluaastat) ja kõige nooremad olid Lõuna-Eesti meeskonna klindid (keskmine vanus 14,1 eluaastat). Põhja-Eesti piirkonnas oli pea kaks korda vähem kõrge riskitasemega juhtumeid ja Lääne-Eesti piirkonnas teistest enam madala riskitasemega juhtumeid. Riskikategooriate lõikes eristub Lõuna-Eesti, kelle klientide seas on teistest enam tõsisemate pere ja koolielu probleemidega noori ja Lääne-Eesti meeskond, kelle klientidel on enam probleeme õigusrikkumistega.

TABEL 5. BAASTASEME RISKIHINDAMISE KESKMISED TASEMED RISKI KATEGOORIADE JA SOO LÖIKES, VÄLJENDATUNA OSAKAALUNA VÕIMALIKUST MAKSIMAALSEST RISKITASEME SKOORIST JA JÄRJESTATUNA KÕRGEIMAST OSAKAALUST MADALAMANI (KÕIGI OSALEJATE KOHTA), N=105

Riskikategooria (kategooria alatunnuste arv)	Kokku, %	Poisid, %	Tüdrukud, %
Vaba aeg (3)	76,8	81,2	68,5
Tutvusringkond (4)	67,4	66,3	69,4
Peresuhted (6)	61,7	59,2	66,7
Haridus- ja tööelu (7)	58,0	58,2	57,5
Iseloomulik käitumine (7)	48,0	48,4	47,2
Ellusuhtumine (5)	39,0	38,0	41,1
Õigusrikkumised (5)	25,0	27,8	19,4
Uimastid (5)	24,4	22,6	27,8
Riskide koondtase	48,9	48,9	49,0

TABEL 6. MDFT PROGRAMMIS OSALEJATE ARV, KESKMINNE VANUS JA BAASTASEME RISKIHINDAMISE TASEMETE JAOTUS (%) PIIRKONDLIKE TERAAPIAMEESKONDADE LÖIKES, N=105

Piirkond	Osalejate arv	Keskmine vanus	Riskitase		
			Madal	Keskmine	Kõrge
Põhja-Eesti	24	14,6	4%	71%	25%
Lõuna-Eesti	15	14,1	0%	53%	47%
Ida-Eesti	17	15,5	0%	53%	47%
Lääne-Eesti	35	14,6	9%	49%	43%
Vangla	14	16,6	0%	57%	43%

TABEL 7. BAASTASEME RISKIHINDAMISE KESKMISED SKOORID RISKI KATEGOORIADE (KATEGORAA ALATUNNUSTE ARV ON KATEGORAA VÕIMAİK MAKSIMAALNE SKOOR) JA PIIRKONDLIKE TERAAPIAMEESKONDADE LÖIKES, N=105

Riskikategooria (kategooria alatunnuste arv)	Põhja-Eesti	Lõuna-Eesti	Ida-Eesti	Lääne-Eesti	Vangla
Vaba aeg (3)	2,2	2,3	2,6	2,2	2,4
Tutvusringkond (4)	2,8	2,7	2,9	2,6	2,4
Peresuhted (6)	3,1	4,4	4,0	3,5	4,0
Haridus- ja tööelu (7)	3,8	5,1	4,2	3,6	4,6
Iseloomulik käitumine (7)	3,3	3,1	3,1	3,7	3,3
Ellusuhtumine (5)	1,7	2,5	2,4	1,7	1,9
Õigusrikkumised (5)	1,3	1,1	1,0	2,3	2,0
Uimastid (5)	1,3	1,0	1,0	1,4	1,1
Riskide koondtase	19,4	22,2	21,1	21,0	21,7

3.3. Saavutatud muutused

MDFT programmis osalenute seas saab riskitasemes täheldada olulisi positiivseid muutusi - **riskitaseme vähenemine on toimunud kõigi analüüsi kaasatud juhtumite osas**. Nii keskmise kui kõrge riskiga juhtumite seas saavutati üldiselt muutusi samal määral, kuid tüdrukute seas saavutati raskemate juhtumitega suuremaid muutusi.

Kui programmis osalemise hakul oli osalejate keskmine riskitaseme skoor 19,7, siis järelhindamise ajaks ehk **ligikaudu 10 kuud hiljem oli riskitase langenud 59%** ehk tasemeni 8,1 (tabel 8). Langenud on ka riskitaseme koondskoori standardhälve (7,7 → 4,8), mis viitab osalejate riskitasemete ühtlustumisele ehk MDFT programmi suunamise hetkel olid noorte riskitasemete seas suuremad erinevused, kuid peale programmi läbimist olid noorte riskitasemed langenud ja koondunud sarnasemale tasemele.

Muutused riskikategoriate lõikes

Eelnevalt sai käsitletud, et MDFT programmis osalenud noortel oli kõige enam probleeme seoses vaba aja veetmise, riskikäitumist soodustava tutvusringkonna ja peresuhetega. **Nendest kolmest on kõige suuremaid positiivseid muutusi saavutatud peresuhete osas** (paranemine 71%) - kui baastasemel sai noortel täheldada kuuest perekondlikust riskist nelja, siis järelhindamisel oli see langenud üheni (tabel 8). **Vaba aja veetmise osas on saavutatud 44%-line ja tutvusringkonna osas 36%-line paranemine.**

Riskikategoriate lõikes on toimunud suurim vähenemine uimastite osas (75%), kuid arvestada tasub, et näitaja baastase oli teistest riskikategoriatest märksa madalam – kui baastasemel sai noortel täheldada viiest uimastitega seotud riskist ühte, siis järelhindamisel oli see langenud pea nullini. Eraldi tasub välja tuua ka

õpingutega seotud riskid, mille osas sai programmi hakul noortel täheldada seitsmest riskist nelja, kuid peale programmi läbimist oli see langenud üheni ehk vähenenud 71%.

Tabelis 8 on esitatud riskihindamise baastaseme skoorid kahe valimi kohta, millest esimene (baaskoor 1) kirjeldab uuringu algses valimis olnud noori (kokku 105), kellele teostati riskide baastaseme hindamine. Teine baastaseme näitaja (baasskoor 2) aga kirjeldab nende noorte tulemusi (kokku 42), kes langesid valimist välja ehk neile ei olnud võimalik järelhindamist teostada. Kolmas näitaja (baasskoor 3) kirjeldab noori, kellele on teostatud nii baas- kui järelhindamine ehk kelle andmetel tugineb uuringu muutuste analüüs.

Taoline valimirühmade eristamine on vajalik, et hinnata, kuivõrd võivad olla uuringu tulemused kallutatud asjaolust, et osa algsest valimist jäi uuringust välja. Välja langenud noorte (baasskoor 2) riskihindamiste andmed näitavad, et nende riskid on mõnevõrra kõrgemad valimisse jäänud noortest (enam kooli, peresuhete ja tutvusringkonna kategooriates). Samas nähtub baasskooride 1 ja 3 võrdlusest, et valimist välja langenud noorte näitajate puudumine ei muuda olulisel määral baastaseme näitajaid. Sellest saab järeldada, et suure tõenäosusega ei ole valimi vähenemine olulisel määral mõjutanud riskikategoriate lõikes toimunud muutuste analüüsi tulemusi.

Muutused soo lõikes

Riskide koondtaseme osas on vähenemine toimunud poiste ja tüdrukute seas samal määral (59%). Muutused oli sarnased ka enamike riskikategoriate lõikes, välja arvatud kahes kategoorias, kus erinevused olid statistiliselt olulised – õigusrikkumised ja vaba aeg. Õigusrikkumiste osas olid muutused suuremad tüdrukute seas ($p=0,02$) ja vaba aja osas olid

muutused suuremad poiste seas ($p=0,04$). Seega on **MDFT sekkumine õigusrikkumiste vähendamisel olnud edukam tüdrukute seas ja vaba aja veetmise harjumuste muutmisel edukam poiste seas.**

Tabelites 9 ja 10 on sarnaselt tabelile 8 eristatud kolme erineva valimirühma baastasemete skoorid. Skooride võrdluses ilmneb, et pea kõigi riskikategooriate puhul ei ole erinevused suures, ainsa erandina saab välja tuua tüdrukute koolieluga seotud riskid, mis on uuringust välja langenute seas oluliselt kõrgemad kui valimisse alles jäänud tüdrukutel. Sellest saab järeldada, et tüdrukute haridus- ja tööelu kategooria muutuse määr võib olla ebatäpne, kuid teiste kategooriate osas ei ole valimi vähenemine tulemusi oluliselt mõjutanud.

Muutused vanuse lõikes

Riskide koondtaseme puhul ja enamike riskikategooriate puhul ei olnud vanusrühmade (kuni 14-aastased vs 15-aastased ja vanemad) lõikes olulisi erinevusi – muutuste määrad olid

nii nooremate kui vanemate seas võrdlemisi sarnased. Eristusid kolm kategooriat – õigusrikkumised, koolielu ja vaba aeg, mille puhul olid kahe vanusrühma muutuse määra erinevused statistiliselt olulised ($p < 0,05$). **Õigusrikkumised on enam vähenenud alla 15-aastaste seas, koolielu ja vaba ajaga seotud riskid on vähenenud enam 15-aastaste ja vanemate seas.**

Muutused teiste tunnuste lõikes

Lisaks vanusele ja soole analüüsiti muutusi ka seoses teraapia kestvuse ja baas- ja järelhindamise ajalise vahega. **Teraapia kestvus (enam või vähem kui 6 kuud) ei olnud statistiliselt olulist seost riskitaseme koondskoori muutumisega.** Küll aga saab välja tuua järgmise erisuse - rasketest juhtumitest 69% võtsid aega rohkem kui 6 kuud ja keskmistest juhtumitest 55%. Mõlema raskusastme puhul olid pikemaajalise teraapia grupis enam nooremad ehk noortega läks kauem aega.

TABEL 8. KOGU VALIMI BAAS- JA JÄRELTASEME RISKIHINDAMISE KESKMISED TASEMED RISKI KATEGOORIADE LÕIKES (SKOORI VÄÄRTUSENA JA OSAKAALUNA VÕIMALIKUST MAKSIMAALSEST RISKITASEME SKOORIST) JA SKOORI MUUTUSE MÄÄR (%)

Riskikategooria (kategooria alatunnuste arv)	Baasskoor 1 (N=105)	Baasskoor 2 (N=42)	Baasskoor 3 (N=63)	Järelskoor (N=63)	Baastase (N=63, %)	Järeltase (N=63, %)	Muutuse määr (N=63, %)
Uimastid (5)	1,2	1,2	1,2	0,3	21,4	5,1	-75%
Haridus- ja tööelu (7)	4,1	4,5	3,8	1,1	55,5	16,3	-71%
Peresuhted (6)	3,7	4,0	3,5	1,0	56,6	16,7	-71%
Ellusuhtumine (5)	2,0	2,0	1,9	0,6	35,3	10,7	-67%
Iseloomulik käitumine (7)	3,4	3,5	3,3	1,3	47,5	16,9	-60%
Vaba aeg (3)	2,3	2,3	2,3	1,3	83,7	43,4	-44%
Tutvusringkond (4)	2,7	3,0	2,5	1,6	62,8	39,0	-36%
Õigusrikkumised (5)	1,2	1,3	1,2	0,8	27,4	22,8	-31%
Riskide koondtase	20,5	21,9	19,7	8,1	47,2	19,3	-59%

TABEL 9. POISTE BAAS- JA JÄRELTASEME RISKIHINDAMISE KESKMISED TASEMED RISKIKATEGOORIADE LÖIKES (SKOORI VÄÄRTUSENA JA OSAKAALUNA VÕIMALIKUST MAKSIMAALSEST SKOORIST) JA SKOORI MUUTUSE MÄÄR (%)

Riskikategooria (kategooria alatunnuste arv)	Baasskoor 1 (N=69)	Baasskoor 2 (N=26)	Baasskoor 3 (N=43)	Järelskoor (N=43)	Baastase (N=43, %)	Järeltase (N=43, %)	Muutuse määr (N=43, %)
Uimastid (5)	1,1	1,2	1,0	0,3	24,1	6,0	-76%
Haridus- ja tööelu (7)	4,1	4,4	3,9	1,1	54,2	15,9	-71%
Peresuhted (6)	3,6	3,8	3,4	1,0	58,7	17,2	-71%
Ellusuhtumine (5)	1,9	2,1	1,8	0,5	37,8	8,8	-70%
Iseloomulik käitumine (7)	3,4	3,5	3,3	1,2	46,5	18,6	-64%
Vaba aeg (3)	2,4	2,3	2,5	1,3	76,2	42,9	-48%
Tutvusringkond (4)	2,7	2,9	2,5	1,6	62,3	39,7	-38%
Õigusrikkumised (5)	1,4	1,4	1,4	1,1	24,4	16,8	-17%
Riskide koondtase	20,5	21,7	19,8	8,1	46,8	19,2	-59%

TABEL 10. TÜDRUKUTE BAAS- JA JÄRELTASEME RISKIHINDAMISE KESKMISED TASEMED RISKIKATEGOORIADE LÖIKES (SKOORI VÄÄRTUSENA JA OSAKAALUNA VÕIMALIKUST MAKSIMAALSEST SKOORIST) JA SKOORI MUUTUSE MÄÄR (%)

Riskikategooria (kategooria alatunnuste arv)	Baasskoor 1 (N=36)	Baasskoor 2 (N=16)	Baasskoor 3 (N=20)	Järelskoor (N=20)	Baastase (N=20, %)	Järeltase (N=20, %)	Muutuse määr (N=20, %)
Õigusrikkumised (5)	1,0	1,1	0,9	0,2	18,0	4,0	-78 %
Uimastid (5)	1,4	1,3	1,5	0,4	30,0	8,0	-73 %
Haridus- ja tööelu (7)	4,0	4,6	3,6	1,0	51,4	15,0	-71 %
Peresuhted (6)	4,0	4,3	3,8	1,1	63,3	18,3	-71 %
Ellusuhtumine (5)	2,1	1,9	2,2	0,8	43,0	16,0	-63 %
Iseloomulik käitumine (7)	3,3	3,6	3,1	1,6	44,3	22,1	-50 %
Tutvusringkond (4)	2,8	3,2	2,5	1,7	61,3	41,3	- 33 %
Vaba aeg (3)	2,1	2,4	1,8	1,3	60,0	41,7	- 31 %
Riskide koondtase	20,6	22,2	19,3	8,0	46,0	19,0	- 59 %

Muutused juhtumite raskusastme lõikes

MDFT programmis osalenute seas saab täheldada olulisi muutusi juhtumite raskusastmes – kui programmi hakul moodus-tasid kerged ehk madala skooriga juhtumid 5% kõigist juhtumitest, siis sekkumise järgselt on **kergete juhtumite osakaal tõusnud 62%-ni ehk enam kui 12 korda. Keskmiste ja raskete juhtumite osas on toimunud märkimisväärne langus** – sekkumiste järgselt ei olnud valimisse kaasatud noorte seas enam ühtegi rasket juhtumit ja keskmiste juhtumite arv oli vähenenud ligi 2 korda (tabel 11).

Raskusastmete lõikes toimunud muutuste analüüsimisel tuleb arvestada, et **algsest valimist kõrvale jäänud osalejate seas on enam kõrge riskiskooriga noori, eriti tüdrukute seas** (tabelid 11, 12 ja 13). Selline erisus võib järgnevalt kirjeldatud analüüsi tulemusi teatud määral kallutada, **mistõttu ei pruugi muutuste määrad olla tegelikke muutusi täpselt kirjeldavad**. Paraku ei ole võimalik anda usaldusväärseid hinnanguid, millises suunas valimist välja jäänud noored uuringu tulemusi võivad kallutada. Seda seetõttu, et puudub teadmine, kas valimist välja jäänud kõrge riskitasemega noortel läks sama hästi kui valimisse jäänud noortel või langesid nad valimist välja seetõttu, et nende olukord ei paranenud või hoopis halvenes.

Analüüsidest muutusi sama raskusastmega juhtumite seas, siis nähtub, et **kõik algsest rasked juhtumid on keskmiselt 10 kuu jooksul paranenud – pooled juhtumitest on tänaseks keskmise ja teine pool madala raskusastmega**. Algselt keskmise raskusastmega juhtumitest on 10% jäänud sama raskusastme vahemikku, sama riskitaseme skoor on neil vähenenud (32%).

Muutused soo lõikes

Analüüsidest muutusi sugude lõikes, siis ilmneb, et **tüdrukute raskete juhtumite seas olid riskiskoorides toimunud veidi suuremad muutused** – kui alustati sarnaselt baastasemelt (skoor 28-29), siis järelhindamise ajaks on poistel keskmine riskitaseme skoor langenud 12-le ja tüdrukutel 9-le. Keskmise raskusastmega juhtumite seas ei ole muutustes soolisi erinevusi.

Muutused vanuse lõikes

Vanusrühmade lõikes ei ole juhtumite raskusastmete muutustes olulisi erinevusi – nii nooremate (kuni 14-aastased) kui vanemate (15-aastased ja vanemad) osalenute seas on riskiskoorid vähenenud sarnasel määral nii keskmise kui kõrge raskusastmega juhtumite seas.

Muutused teraapia kestvuse lõikes

Lisaks soole ja vanusele analüüsiti muutusi ka seoses teraapia kestvusega. Analüüsist ilmneb, et **lühem teraapiaperiood (kuni 6 kuud) andis paremaid tulemusi kõrge raskusastmega juhtumite seas** – kui keskmise raskusastmega juhtumite seas saavutati 6 kuuga keskmiselt 54%-line paranemine, kuid raskete juhtumite puhul märksa suurem ehk 69%-line riskitaseme skoori vähenemine. Pikem teraapiaperiood (enam kui 6 kuud) tõi kaasa nii keskmise kui kõrge raskusastmega juhtumite seas sarnase muutumismäära (~63%).

TABEL 11. JUHTUMITE JAOTUS RASKUSASTMETE LÕIKES, BAAS- JA JÄRELHINDAMISEL NING MUUTUSE MÄÄR BAAS- JA JÄRELHINDAMISE SKOORI PROPORTSIONAALSE MUUTUSENA VASTAVA RASKUSASTME JUHTUMITE SEAS

Juhtumi raskusaste / riskitaseme skoor	Baastase 1 (N=105, %)	Baastase 2 (N=42, %)	Baastase 3 (N=63, %)	Järeltase (N=63, %)	Muutuse määr [‡] (N=63, %)
Kerge / madal skoor	3,8	2,4	4,8	61,9	*
Keskmine / keskmine skoor	56,2	45,2	63,5	38,1	- 57%
Raske / kõrge või väga kõrge skoor	40,0	52,4	31,8	0	- 62%

[‡] Muutuse määr on esitatud baas- ja järelhindamise skoori proportsionaalse muutusena vastava raskusastme juhtumite seas, va kergete juhtumite seas, kuna juhtumite arv baastasemel oli liialt väike (N=3)

TABEL 12. POISTE JUHTUMITE JAOTUS RASKUSASTMETE LÕIKES, BAAS- JA JÄRELHINDAMISEL NING MUUTUSE MÄÄR (%)

Juhtumi raskusaste / riskitaseme skoor	Baastase 1 (N=69, %)	Baastase 2 (N=26, %)	Baastase 3 (N=43, %)	Järeltase (N=43, %)	Muutuse määr [‡] (N=43, %)
Kerge / madal skoor	1,5	0,0	2,3	65,1	*
Keskmine / keskmine skoor	59,4	50,0	65,1	34,9	- 59%
Raske / kõrge või väga kõrge skoor	39,1	50,0	32,6	0,0	- 60%

TABEL 13. TÜDRUKUTE JUHTUMITE JAOTUS RASKUSASTMETE LÕIKES, BAAS- JA JÄRELHINDAMISEL NING MUUTUSE MÄÄR (%)

Juhtumi raskusaste / riskitaseme skoor	Baastase 1 (N=36, %)	Baastase 2 (N=16, %)	Baastase 3 (N=20, %)	Järeltase (N=20, %)	Muutuse määr [‡] (N=20, %)
Kerge / madal skoor	8,3	6,3	10,0	55,0	*
Keskmine / keskmine skoor	50,0	37,5	60,0	45,0	- 52%
Raske / kõrge või väga kõrge skoor	41,7	56,3	30,0	0,0	- 67%

4. Programmi kulutõhususe analüüs

4.1. Metoodika

MDFT kulutõhususe hindamise aluseks on teadmine programmi mõjude kohta – mil määral vähenevad programmis osalenud noorte käitumisprobleemid (sh õigusrikkumised ja sõltuvusainete tarvitamine), kuivõrd paraneb noorte õpiedukus ja jätkub koolitee. Teistes riikides läbi viidud MDFT mõju hindamisel on tähelepanu all olnud eelkõige programmi mõju noorte sõltuvuskäitumisele, eeskätt kanepi tarvitamisele. Mõjud kuritegevusele, kooli- edukusele, peresuhetele, vaimsele heaolule ja teistele tunnustele on uuringutes sageli jäänud tahaplaanile või puuduvad vaatluse alt täielikult. Lähemalt on MDFT programmi mõju-uuringute tulemusi tutvustatud lisas 1.

Programmi mõjud ehk saavutatud muutused programmis osalenute elus on kulutõhususe analüüsis käsitletavad tuluna. Oma olemuselt on tegu ärahoitud kulude kogumiga – kulud, mis oleks riigile tekkinud, kui programmi ei oleks olnud. Kui programmi mõjud on tulud, siis **kuludena on kulutõhususe analüüsis käsitletud reaalsed kulutused MDFT programmi elluviimisele.** Nii aitavad kulutõhususe analüüsi tulemused meil saada teadlikuks, **kuivõrd kasumliku programmiga on tegu** ehk kuivõrd tasuvad MDFT programmi tehtud investeeringud end ära.

MDFT ei ole ainus käitumisprobleemidega noortele suunatud sekkumine ja kulutõhususe hindamisel on oluline tuua välja ka võrdlus teiste võimalike tegevustega. Lemon jt uurisid 23 erineva noorte kanepi tarbimise vähendamiseks rakendatava sekkumise kulutõhusust Ameerika Ühendriikides ning tulemustest saab välja tuua, et **MDFT näol on tegemist ühe kõige kallima programmiga.** Keskmiseks programmi kuluks ühe osaleja kohta on hinnanguliselt ligi 8000

dollarit. Ainult ühel alternatiivsel programmil tuvastati kõrgemad kulud. **Samas leidsid autorid, et MDFT on ka üks edukamaid sekkumisi tuues ühiskonnale tagasi keskmiselt ligi 14000 dollarit tulu ühe programmis osalenud noore kohta.** Programmi kulukuse tõttu võtab teiste programmidega võrreldes MDFT puhul keskmisest kauem aega, kuni programmi suunatud investeeringud end ühiskonnale ära tasuvad, keskmiselt ligikaudu 9 aastat. Kokkuvõtvalt saab teiste riikide varasemate uuringutele tuginedes väita, et MDFT ei ole mitte ainult kulutõhus vaid on ka efektiivne võrreldes teiste sarnast eesmärki täitvate sekkumistega.

Van der Pol jt on omakorda jõudnud järeldusele, et MDFT on efektiivsem raske sõltuvushäire või muude käitumisprobleemidega noorte seas. Kergemate probleemidega noored saavad teistest sekkumisest sama suurt abi kui MDFT programmis osalemisest, kuid MDFT kulud on siinkohal keskmisest alternatiivsest lähemisest oluliselt suuremad. Seetõttu on kulutõhususe seisukohast oluline jälgida, et MDFT sihtgruppi satuks pigem raskemate probleemidega noored.

Holman ja Ziedenberg toovad sekkumiste kulutõhususe vaatesse ka kinnipidamisasutuste rolli. Autorid järeldavad olemasoleva kirjanduse põhjal, et seadusega pahuksisse sattunud noorte hoidmine kinnipidamisasutustes on kõige kulukam lahendus ning lisaks on kinnipidamisasutustel positiivne mõju vaid väga väheste noorte käitumisele. Enamikel juhtudele mõjub kinnipidamisasutuses viibimine negatiivselt noore vaimsele tervisele, vähendab tema tulevikuväljavaateid tööturul, suurendab õpingute katkemise ohtu ning tõstab korduvrikkumiste riski. Seetõttu on noorte käitumise mõjutamiseks oluline kasutada tõendus põhiseid

lähenemisi, et vältida lisaks ressursside ebaefektiivsele kasutamisele ka negatiivseid tagajärgi noorte tulevikule.

Kuigi kulutõhususe analüüsi loogika on lihtne, siis analüüsi teostamine seda sageli ei ole. Põhjuseks asjaolu, et mitte-rahalistele mõjudele on keeruline omistada täpseid rahalisi väärtusi. Sellest tulenevalt tuleb kulutõhususe analüüside andmete tõlgendamisel arvestada piirangutega, mis tulenevad analüüsi aluseks olevate andmete arvutusmetoodikatest.

MDFT programmi tulude poole pealt võetakse vaatluse alla noorte õigusrikkumistest vähene misest tekkiv otsene rahaline kasu ühiskonnale. **Teistes riikides läbi viidud MDFT uuringute kohaselt väheneb programmis osalenud noorte seas õigusrikkumiste määr ligi kolmandiku võrra** (kuigi tulemused võivad oluliselt varieeruda sõltuvalt uuringute lõikes ja sõltudes paljuski uuringu metoodikast). Sellest lähtuvalt on ka Eesti programmi kulutõhususe hindamisel potentsiaalse stsenaariumitena eeldatud 15% - 45% mõjuvahemikku (vt tabel 14).

Eestis on põhjalikumalt uurinud kuritegevuse kulukust Rakendusuuringute Keskus Centar oma 2015. aasta uuringus „Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale“, mille tulemusi kasutatakse ka käesoleva analüüsi tulude rahalise väärtuse leidmise peamise sisendina. Tegemist on kõige põhjalikuma hiljutise kuritegevusest tekkivate kulude hindamisega Eestis. Uuring keskendub kolmele kuriteoliigile: tapmisele, vägistamisele ja röövimisele. Iga vaatlusaluse kuriteo puhul selgitatakse välja kuritegude kriminaalmenetluse ja karistusega seotud kulud ja nende tagajärgedest tulenev kahju. Uuringu üheks puuduseks on asjaolu, et ohvrile tekitatud kahju hindamisel puuduvad Eestis andmed elukvaliteedi kaotusega kaasnevate kulude osas ja autorid on kasutanud varasemates välisuuringutes leitud. Antud lähenemine on uuringu kontekstis küll parim lahendus, kuid tõstab tulemuste ebatäpsust, kuna arvestatud ei ole võima-

like Eesti erisustega. Järgnevas analüüsis kasutatakse sisendina hinnanguid röövimisega kaasnevate kulude kohta.

Lisas 3 on loetletud analüüsi aluseks olevad kulude ja tulude eeldused. Tabelist nähtub, et mitmeid Centari uuringus käsitletud kululiike on korrutatud koefitsiendiga 1,3. Sellise kohanduse põhjuseks on asjaolu, et uuring arvestas ainult uurija, prokuröri ja maakohtu kohtunike tööaja kulu. Teiste menetlejate ning tugipersonali ajakulu pole arvesse võetud, mistõttu alahinnatakse tegelikku kulu. Koefitsient 1,3 katab eelduslikult täiendava tugipersonali, töövahendite amortisatsiooni jm kulud.

Lisaks õigusrikkumiste vähenemisele on varasemates uuringutes leidnud kinnitust MDFT programmis osalenute sõltuvusprobleemide vähenemine - ligikaudu poole võrra. Lisaks on leitud programmis osalenute noortel peresisese suhtluse, vaimse seisundi ning õppeedukuse paranemist¹. Nimetatud positiivsete mõjude kohta puuduvad Eestis paraku arvutused nende rahalise väärtuse kohta. Näiteks alkoholi ja teiste uimastite tarbimise vähenemine on olulise positiivse mõjuga noorte pikaajalisele tervisele, mis tähendab tulevikus ühiskonnale väiksemad tervisekulud, kuid ka selles osas puuduvad täpsed rahalised hinnangud.

Selleks, et lisaks õigusrikkumistele lisada analüüsi MDFT programmi kaudsemate tulude aspekti, on täiendavalt aluseks võetud Rakendusuuringute Keskus Centari poolt 2011. aastal valminud uuring „Õpingute ebaõnnestumise kulud Eestis“, mille kohaselt kaotab Eesti ühiskond ligi 80 000 eurot² iga inimese kohta, kes jätab haridustee pooleli ja piirdub põhihariduse omandamisega. Poole sellest summast moodustab tervisekulu, kolmandik inimese sissetuleku

¹ Täpsem ülevaade vaatluse all olnud uuringutest ning detailsetest tulemustest vt lisa 1

² Diskonteeritud 2011. aastasse

vähenedamine ja ülejäänust suuresti riigi maksutulu. Kuigi tegemist on paljudel kaudsetel eeldustel leitud hinnanguga annab see siiski aimu suurusjärgust, milline oleks tulu, kui üks noor rohkem jõuaks keskhariduseni rääkimata kõrghariduseni.

4.2. Kulutõhususe analüüsi tulemused

MDFT programmi Eestisse maaletoomise ja rakendamise kulud on 2016. aasta lõpu seisuga suurusjärgus 1,4 miljonit eurot. Suurema osa kuludest moodustavad ühekordsed tegevused nagu näiteks töötajate esmane koolitamine ja analüüsid. Eesolevate aastate programmi läbiviimise kulud moodustavad kokku hinnanguliselt ligikaudu 600 000 eurot aastas. MDFT on sekumisenä üsna kulukas ja kulu ühe programmis osaleja kohta võib erinevates riikides ulatuda kümnete tuhandete eurodeni.

Eesti MDFT programmi tulu-kulu analüüsi tulemused on esitatud tabelis 14. Kulude osas on eristatud käivitamisperioodi kulusid ning hilisemaid läbiviimise kulusid. Käivitamisperioodil on arvestatud 143 programmi lõpetanud noorega, mis vastab tegelikule MDFT programmi läbinud noorte arvule Eestis (seisuga 31.12.2016). Järgnevatel aastatel on arvestatud 168 noore osalusega aastas, mis lähtub eeldusest, et MDFT terapeute on Eestis püsivalt 12, kellest igaühel on aasta jooksul kuni 12 klienti ning täiendavalt on Eestis püsivalt 6 MDFT superviisorit, kellest igaühel on aasta jooksul kuni 6 klienti.

Kuludena on arvesse võetud MDFT Eesti käivitamisperioodil 2016. aasta lõpuks realselt tehtud kulutused ja edasiste aastate kulutuste prognoosimisel on aluseks võetud Justiitsministeeriumi vastavaid hinnanguid kulutuste suurusele. Peamine erinevus käivitamisperioodi ning edasise läbiviimise kulude vahel on tingitud ühekordsetest kulutustest, mis kaasnesid pro-

Järgnev analüüs põhineb otseselt eelnevalt mainitud hinnangutel kuritegevuse ja haridustee katkemise kuludest. Kõik tehtud kohandused esialgsete autorite poolt leitud kulu suurustele on dokumenteeritud lisa 3.

grammi esmakordse rakendamisega (nt väljaõppe materjalide tõlkimine).

Tuludena on arvestatud noorte kuritegevuse vähenemisest ning õpingute jätkamisest tulenevat rahalist võitu ühiskonnale tervikuna. Eestis on kulu ühe programmis osalenu kohta käivitamisperioodil ligi 9600 eurot ning edaspidi hinnanguliselt 3400 eurot aastas. Selleks, et vältida MDFT käivitamisperioodi suurte kulude tekitatud moonutatud pilti programmi käigus-hoidmise püsikulude osas, on **käesolevas analüüsis arvatud 5 aasta kulutõhusus ehk milline on tulude ja kulude suhe 5 aastat peale programmi käivitamist**. Sellisel juhul ilmneb, et **MDFT programmi kulu ühe noore kohta on Eestis ligikaudu 4300 eurot**. Võrdluseks võib tuua, et ühe noore erikoolis või vanglas viibimise aastane kulu on oluliselt suurem olles vastavalt ligi 29400 või 14300 eurot. Detailne jaotus arvutuste aluseks olevatest rahalistest suurustest ja eeldustest nende leidmisel on esitatud lisa 3.

Tabelis 14 on **analüüsi tulemused esitatud kolme erineva mõjustsenaariumi lõikes – väikesse, keskmise ja suure mõju stsenaarium**. Stsenaariumide aluseks on valitud õigusrikkumiste vähenemise määr (vastavalt -15%, -30% ja -45%) ja õpingute katkestamise määr (vastavalt 0%, -20% ja -40%). Stsenaariumite valikul lähtuti MDFT varasemates mõju uuringutes leitud tulemustest. Käesolevas analüüsis esitatakse kolm võimalikku stsenaariumi, kuna MDFT mõju uuringute tulemused on riigiti ja uuringu lõikes võrdlemisi suure variatiivsusega.

Käesoleva uuringu raporti III peatükis on käsitletud Eesti MDFT programmis osalenud noorte riskikäitumise hindamise tulemusi, mille kohaselt on **osalenute seas süütegude toimepanemine vähenenud ligikaudu -30%**. Õpingute katkestamise osas on võimalik Eesti MDFT programmis osalenute kohta väita, et programmi suunamise hetkel oli 35% osalejatest kooliõpingud katkestanud. Peale programmi läbimist oli näitaja 11% ehk toimunud olid enam kui kolmekordne langus (arvestada tuleb, et kõigile programmis osalenutele ei olnud võimalik teostada järelhindamist, mistõttu ei kirjelda saavutatud 11% täielikult programmis osalenute grupis toimunud muutusi). Eelnevad andmed annavad aga meile vaid indikatiivse suurusjärgu

võimalikest MDFT mõjudest Eestis, kuna uuringu valim on väike ja puuduvad võrdleva kontrollrühma andmed. Sellest tulenevalt tuleb arvestada, et sarnaste programmide osalejate seas on alati ka selliseid noori, kelle näitajad paraneksid ka ilma sekkumisprogrammita. Selliste noorte proportsioon sõltub suuresti programmi ja uuringu spetsiifikast ning üldistusi on keeruline teha. Ka MDFT varasemate uuringute sekkumise ja kontrollrühma tulemuste erinevuses on samuti väga lai variatiivsus, mis ei võimalda käesoleva uuringu jaoks leida sobivat lähte kohta. Sellest tulenevalt on **siinses analüüsis eeldatud, et Eesti MDFT programmis osalenud noortest 75% jätaksid ilma programmis osalemata õpingud pooleli**.

TABEL 14. MDFT KULUTÕHUSUSE ANALÜÜSI TULEMUSED

MDFT KULUD			
MDFT käivitamisperioodi kulu	1 383 337 €		
MDFT edasise läbiviimise kulu (aastas)	568 769 €		
Kulu ühe noore kohta	4 300 €		
MDFT TULUD	TULUDE STSENAARIUMID		
	Väike mõju	Keskmine mõju	Suur mõju
Õigusrikkumiste vähenemine	-15%	-30%	-45%
Õigusrikkumiste vähenemisest saadav tulu (iga programmis osaleja kohta)	2 001 €	4 003 €	6 004 €
Õpingute katkemiste vähenemine	0%	-20%	-40%
Õpingute katkemise vähenemisest saadav tulu (iga programmis osaleja kohta)	0 €	11 595 €	23 190 €
MDFT programmi netotulu	-2 299 €	11 298 €	24 894 €
MDFT KULUTÕHUSUS 5 AASTA PÄRAST (iga programmi investeeritud 1 euro kohta)	0,47 €	3,63 €	6,79 €

Analüüsist selgub, et väikese mõju stsenaariumi korral on programmi kulud ligi 2300 euro võrra ühe MDFT programmis osalenud noore kohta eeldatavatest tuludest suuremad. Iga programmi panustatud euro tooks sellisel juhul tagasi 0,47 senti. Keskmise stsenaariumi korral on netotulu ligi 11 300 eurot ühe programmis osalenud noore kohta, mis tähendab, et iga programmi panustatud euro toob tagasi 3,63 eurot. Suure mõju avaldumise korral teenib 1 euro 6,79 eurot tagasi. **Käesoleva uuringu raames teostatud Eesti MDFT programmis osalenute riskihindamiste tulemustele tuginedes on õigusrikkumiste osas programmil keskmine mõju ja õpingute katkestamise osas suur mõju, mis kulutõhususena väljendub 5,3 eurona iga investeeritud euro kohta.** Siinkohal tuleb aga taaskord rõhutada, et Eesti MDFT programmi mõjude hindamise meetodika ei ole piisavalt range, mistõttu on tulemused pigem indikatiivsed mõjude suurusjärgu osas kui täpsed.

Kulutõhususe analüüsi tulemuste tõlgendamisel tasub arvestada, et **programmist avalduv tulu ei kajastu koheselt – mõju avaldub MDFT programmis osalenud noore kogu eluea jooksul. Kulutõhususe analüüs võimaldab aga diskonteerida saadud tänasesse vääringusse ja anda ligikaudse hinnangu, kui palju see pikema perioodi jooksul avalduv tulu täna väärt oleks.**

Keskmise mõju stsenaarium on võrreldav Lemon jt (2014) poolt leitud tulemustega, kus üks MDFT sekkumisse investeeritud dollar tõi tagasi keskmiselt ligikaudu 1,9 dollarit. Samas ei ole erinevad tulu-kulu analüüsid omavahel üheselt võrreldavad, kuna lisaks erisustele sihtrühmades, on ka suured erinevused tulu-kulu analüüsis tehtavates eeldustes ning vaatluse all olevatest tulu liikides.

Siinkohal on oluline markerida, et tulude poole pealt ei ole arvesse võetud teisi potentsiaalselt suure tasuvusega kaasnevaid positiivseid muutusi noorte käitumises. Noorte paranenud terviseväljavaated sõltuvusainete

vähenenud tarbimisest toovad kaasa endaga olulise rahalise võidu nii noortele endale kui ühiskonnale laiemalt. MDFT programmi abil paranenud peresuhted ja vaimse tervise näitajad ning muutused ühiskonnasõbralikemates eluhoiakutes väljenduvad noore elu jooksul väga erineval moel, tuues kaasa suure potentsiaali ka teisteks käitumusmuutusteks, mida rahasse arvestada on keeruline või isegi võimatu. Sellest tulenevalt on **analüüsi tulemused pigem alahinnang kui ülehinnang MDFT programmi kulutõhususele.** Tulevikus tuleks kindlasti kaaluda põhjalikuma Eesti MDFT programmi mõjude uuringu teostamist, mis võimaldaks täpsemalt mõõta programmi mõjusid ja tänu sellele anda programmi kulutõhususele täpsema hinnangu. Käesoleva uuringuraporti peatükis 5 on esitatud ka soovitusel vastava uuringu teostamiseks.

5. Soovitused Eesti MDFT programmi edasisteks hindamisteks

Selleks, et tulevikus oleks võimalik teostada Eesti MDFT programmile hindamisuuring, mis vastab teistes riikides läbi viidud sarnaste uuringute põhimõtetele (oleks teostatud randomiseeritud kontrolluuringu või kvaasi-kontrolluuringu meetodil meetodil), tuleb välja töötada Eesti MDFT programmile sobiv hindamisinstrument.

Hindamisinstrumenti väljatöötamisel on lähtutud kolmest kesksest küsimusest – milliseid muutusi hinnata, milliste andmetega neid muutusi mõõta ja kuidas vajalikud andmeid koguda. Nimetatud küsimustele vastuste leidmisel on abiks võetud varasemad sarnased uuringud mujal maailmas, mitmed neist on teostatud MDFT programmi hindamisuuringutega, kuid vaadeldud on ka teisi riskis noorte suunatud pereteraapia programmide hindamisi (vt lisa 2).

Randomiseeritud kontrolluuringu tunnused

Valdavalt on eelretsenseeritud teadusajakirjades publitseeritud MDFT ja teiste sarnaste programmide hindamisuuringud teostatud randomiseeritud kontrolluuringute meetodil. Randomiseeritud kontrolluuringud (ja kvaasi-kontrolluuringud) on käitumise muutust taotlevate programmide tulemuslikkuse hindamise nn „kuldstandard“ ehk **uurimismeetod, mille tulemused on metoodika iseärasusest tulenevalt kõige usaldusäärsemad**. Tegu on meetodiga, mida **viiakse läbi eksperimendina** – üks grupp uuringus osalejaid (katsegrupp) saab uuritava nähtuse osaliseks (nt MDFT programm) ja teine grupp osalejaid (ehk kontrollgrupp) ei saa.

Uuringus osalevate inimeste määramine gruppidesse toimub juhuslikkuse alusel (ehk randomiseeritult) – kõigil osalejatel peab olema võrdne võimalus sattuda ühte või teise uuringu gruppi. Osalejate juhuslik jaotumine tagab, et uuringu teostaja ei saa mõjutada inimeste gruppidesse määramist ja see on täiesti juhuslik. **Kõik uuringus osalejad peavad olema gruppidesse jaotamise ajahetkel võimalikult sarnased** (nt sama vanusega või sama riskitasemega noored), et uuringu lõpus oleks võimalik kahte gruppi eristavad tulemused omistada konkreetsele praktikale. Näiteks, kui uuringusse on kaasatud 15-16-aastased ja sarnase riskikäitumise profiiliga noored, kuid ühed neist suunatakse katsegruppi (läbivad MDFT programmi) ja teised suunatakse kontrollgruppi (ei suunata MDFT programmi), siis erinevused kahe grupi vahel (nt 12 kuu pärast) on suure tõenäosusega MDFT programmis osalemisest tingitud, sest teisi märkimisväärseid erinevusi noorte vahel ei olnud.

Kõigile uuringus osalejatele (nii katse- kui kontrollgrupis) teostatakse **baashindamine**, mille abil fikseeritakse uuringus osalejate seisund enne uuritava nähtusega kokkupuutumist (nt enne MDFT programmis osalemist). Baashindamise andmed annavad uurijale informatsiooni selle kohta, kuivõrd on katse- ja kontrollgrupi liikmed omavahel sarnased (ehk võimalikult võrreldavad). Peale baashindamist jagunevad osalejad juhuslikkuse alusel kahte gruppi – ühed puutuvad kokku uuritava nähtusega, teised ei puutu. Mõlemale grupile viiakse kindla aja tagant, nt 6, 12 või 36 kuu möödudes (ajavahemik sõltub uuritava nähtuse iseärasustest) läbi **järelhindamised**. Järelhindamine teostatakse samal viisil kui baashindamine, kogutakse samad andmed. Seda selleks, et baas- ja järelhindamise andmed oleksid

omavahel võrreldavad ja oleks võimalik analüüsida aja jooksul toimunud muutusi. Järelhindamisi võib olla mitu, näiteks üks vahetult peale programmi lõppu (nt 6 kuud peale baashindamist), teine pikema aja pärast (nt 12 kuud peale baashindamist) ja kolmas pikaajaliste mõjude hindamiseks (nt 36 kuud peale baashindamist). **Järelhindamiste arv ja vahemik sõltuvad uuritavast nähtusest.** Nii näiteks võivad osad mõjud ilmned vahetult peale programmi lõppu, kuid kaduda pikema perioodi jooksul või vastupidi – positiivsed mõjud ei pruugi ilmned kohe, vaid hoopis pikema aja jooksul, näiteks 1-2 aasta pärast.

Randomiseeritud kontrolluuringule **sarnane uurimusmeetod on kvaasi-eksperimentaal-uuring**, mis erineb ühe peamise omaduse poolest. Nimelt, uuringus osalevate **inimeste määramine gruppidesse ei toimu juhuslikkuse alusel**, mistõttu ei saa ilmingimata väita, et grupid on uuringu alguses sarnased. Sellest tulenevalt ei saa me olla täiesti kindlad, et uuringu lõpus ilmnevad gruppidevahelised erinevused on tingitud uuritava nähtuda (nt MDFT programmi) mõjust, mitte muudest võimalikest gruppidevahelistest erinevustest.

Hinnatavad muutuste dimensioonid

Hindamisinstrumendi koostamise esimeseks lähtekohaks on teadmine sellest, milliseid nähtusi peaks hindamisinstrument olema võimeline mõõtma. Antud juhul on hindamisinstrumendi ülesanne mõõta muutusi MDFT programmis osalenud noore elus. MDFT programmi varasemad hindamised mujal maailmas on näidanud, et programmi potentsiaalsed positiivsed mõjud avalduvad peamiselt viies muutuste dimensioonis: 1) koolielu, 2) sõltuvusained, 3) peresuhted, 4) emotsionaalne tervis, 5) retsidiivsus.

Iga nimetatud dimensiooni puhul on varasemates uuringutes kasutusel olnud erinevad alatunnused, mille muutusi ajas jälgitakse ja mõõdetakse. Tegu on alatunnustega, mis võimaldavad hinnata, millised arengud on vastavas muutuste dimensioonis aset leidnud ehk milliseid muutusi suudab MDFT programm kutsuda esile programmis osaleva noore elus. Järgnevalt on loetletud iga muutuste dimensiooni enamkasutusel olevad alatunnused.

Koolielu dimensioon

1. Paranenud õpitulemused
2. Vähenenud koolist puudumised ja õpingute katkestamine
3. Vähenenud käitumisprobleemid koolis
4. Paranenud suhtumine kooli ja õppimisse

Sõltuvusainete dimensioon

1. Vähenenud suitsetamine / alkoholi tarvitamine / teiste uimastite tarvitamine / muud sõltuvuskäitumised
2. Vähenenud sõltuvuse sümptomid
3. Taunivam suhtumine sõltuvusainete tarvitamisele

Perekonna dimensioon

1. Tugevnenud perekondlikud kaitsetegurid, sh paranenud vanemlikud oskused
2. Vähenenud perekondlikud riskitegurid, sh vähenenud konfliktid

Emotsionaalse tervise dimensioon

1. Paranenud vaimse tervise diagnoos
2. Paranenud võime oma (agressiivseid) emotsioone kontrollida
3. Vähenenud enesehävituslik käitumine

Retsidiivismi dimensioon

1. Positiivsed muutused sõpruskonnas
2. Vähenenud seadusrikkumised
3. Taunivam suhtumine retsidiivsesse käitumisesse

Hinnatavate muutuste mõõtmise võimalikud instrumendid

Eelnevalt loetletud muutuste dimensioonide mõõtmiseks on erinevaid võimalusi, nende seas nii subjektiivsele kui objektiivsele infole tuginevaid mõõtmisvariante. **Objektiivse info**na on käsitletavat kirjalikult fikseeritud faktid mõne konkreetse käitumisviisi (nt koolist puudumised) või sündmuse kohta (nt õigusrikkumise toimepanek või arsti määratud diagnoos). **Subjektiivne info**na saab käsitleda noore enda, tema pereliikme, terapeudi või mõne muu spetsialisti infol põhinevaid hinnanguid (nt suhtumine õppimisse, läbisaamine vanematega või muutused sõpruskonnas). Kolmanda kategooriana saab käsitleda nähtusi, mille hindamiseks saab kasutada nii objektiivset kui subjektiivset infot – näiteks käitumisprobleemide hindamiseks koolis saab kasutada koolis registreeritud käitumisrikkumiste andmeid, kui ka noore enda, lapsevanema või õpetaja ütlusi käitumisprobleemide kohta. Samuti, narkootiliste ainete tarvitamise kohta saab küsida noorelt endalt, aga saab teostada ka bioloogilisi proove tarvitamise kindlakstegemiseks.

Järgnevalt on kirjeldatud erinevaid võimalusi ja andmeallikaid eelnevalt kirjeldatud muutuste dimensioonide hindamiseks.

Koolielu dimensioon

- Andmepäring e-koolist
- Lapse vastused
- Lapsevanema vastused
- Spetsialisti vastused (õpetaja, terapeut, lastekaitsetöötaja)

Sõltuvusainete dimensioon

- Bioloogilised proovid (nt uriiniproov jt narkotestid)
- Lapse vastused
- Lapsevanema vastused
- Spetsialisti vastused (terapeut, lastekaitsetöötaja, politsei)

Perekonna dimensioon

- Lapse vastused
- Lapsevanema vastused
- Spetsialisti vastused (terapeut, lastekaitsetöötaja)

Emotsionaalse tervise dimensioon

- Psühhiaatriline hinnang (vastuvõtt)
- Teraapia vaatlus (video)
- Lapse vastused
- Lapsevanema vastused
- Spetsialisti vastused (terapeut, õpetaja, lastekaitsetöötaja)

Retsidivismi dimensioon

- Andmepäring STAR-ist (lastekaitse)
- Andmepäring korraüksüsteemist (uued õigusrikkumised ja kriminaalhoolduse andmed)
- Andmepäring tervishoiusüsteemist (psühhikahäirete ravi, traumapunktidest sattumine jms)
- Ametlikud töödokumendid (alaealiste komisjon, kriminaalhooldajad jms)
- Lapse vastused
- Lapsevanema vastused
- Spetsialisti vastused (politsei, terapeut, lastekaitsetöötaja, õpetajad)

Eelnevast loetelust nähtub, et enamik andmeallikaid võimaldavad koguda eelkõige subjektiivseid andmeid, objektiivsete andmete allikaid on üksikuid. Selleks, et subjektiivsete andmete põhjal võrrelda erinevaid inimesi ja gruppe, on oluline saavutada andmetes võimalikult kõrge standardiseeritus ehk võrreldavus. Selle saavutamiseks tasub andmete kogumisel kasutada standardiseeritud hindamisküsimustikke. Küsimustike puhul tuleks eelistada selliseid, mis on Eestis kasutamiseks valideeritud ehk mille puhul on kontrollitud, et küsimustik on võimeline adekvaatselt hindama nähtusi, mille mõõtmiseks ta on ette nähtud.

Eesti MDFT programmi hindamiseks sobivate hindamisküsimustike valimisel võeti aluseks

2014. aastal valminud raport „Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale”. Raport annab ülevaate nii Eestis erinevate esmatasandi spetsialistide poolt kasutatavatest hindamisvahenditest kui ka rahvusvahelises praktikas levinud standardiseeritud hindamisvahenditest. Raportis tõdetakse, et Eestis on erinevate spetsialistide kasutuses mitmeid lapse heaolu, arengut ja vaimse tervise hindamise vahendeid, kuid sageli ei ole need eesti keele ja kultuuri oludele kohandatud ja põhinevad vananenud normidel. Peale raporti ilmumist on olukord paranenud ja tänaseks on Eestis kasutamiseks kohandatud neli uut raportis käsitletud hindamisküsimustikku – M-CHAT, PSOC, FFSS ja Kidscreen-52.

Eesti MDFT programmi hindamise kontekstis hinnati järgmiste küsimustike kasutamissobivust. Lisaks raportis käsitletule hinnati ka YLS/CMI küsimustiku sobivust.

Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R)

- Sobib kasutamiseks 3-17 aastastele
- Hindab emotsionaalseid ja käitumuslikke probleeme, sh õpiraskused, kognitiivsed probleemid, hüperaktiivsus, ärevus, perfektsionism, viha kontroll, sotsiaalsed ja pereprobleemid
- Välja töötatud lapsevanema, õpetaja ja teismelise enesekohased versioonid
- Pikk versioon 20 min (87 väidet), lühike versioon 10 min (27 väidet)
- Ei ole Eestis valideeritud ega standardiseeritud

Rosenberg Self-Esteem Inventory

- Sobib kasutamiseks 9-18 aastastele
- Hindab üldist hinnangut oma eneseväär-tusele
- Läbiviimine 1 min (10 väidet), skoorimine 2 min
- Eestis kasutamiseks valideeritud ja standardiseeritud (eesti ja vene keeles)

Protective Factors Survey (PFS)

- Sobib 0-18 aastastele, täidab lapsevanem
- Hindab last väärkohtlemise eest kaitsvaid faktoreid, sh pere toimetulek, emotsionaalne toetus, konkreetne toetus (nt ligipääs sotsiaalhoolekande teenustele), hoolitsemine ja kiindumussuhe, teadmised vanemlikest oskustest ja lapse arengust.
- Läbiviimine 10-15 min (20 väidet)
- Ei ole Eestis valideeritud ega standardiseeritud

Family Functioning Style Scale (FFSS)

- Sobib 0-18 aastastele, täidab lapsevanem
- Hindab pere funktsioneerimise positiivseid külgi ja pere tugevusi, sh suhtemustrid, pere väärtused, toimetulekustrateegiad, pere pühendumine, ressursside mobiiliseerimine rasketes olukordades.
- Läbiviimine 10 min (26 küsimust), skoorimine 10 min
- Eestis kasutamiseks valideeritud ja standardiseeritud

Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)

- Sobib kasutamiseks 12–17 aastastele
- Kasutusel juhtumikorralduse vahendina, hindab noore riske ja vajadusi 8 valdkonnas (õigusrikkumised, perekondlik taust, koolielu, tutvusringkond, sõltuvusained, vaba aeg, isiksuse omadused, antisotsiaalsed hoiakud)
- Läbiviimine ligikaudu 45-60 min poolstruktureeritud intervjuuna (42 tunnust)
- Eeldab väljaõpet
- Eestis kasutamiseks valideeritud ja standardiseeritud

KIDSCREEN-52

- Sobib kasutamiseks 8-18 aastastele, olemas lapse ja lapsevanema versioon
- Hindab lapse füüsilist ja psühholoogilist heaolu, suhteid vanemate ja eakaaslastega, sotsiaalset toetust, kooli keskkonda
- Läbiviimine 15-20 min (52 väidet)
- Eestis kasutamiseks valideeritud ja standardiseeritud

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

- Sobib kasutamiseks alates 16. eluaastast
- Hindab narkootiliste ainete tarvitamist
- 5 -10 min (11 väidet)
- Eestikeelne väljatöötamisel

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

- Sobib kasutamiseks alates 14. eluaastast
- Hindab alkoholi (kuri)tarvitamise ja sõltuvuse riski
- 5 min (10 väidet)
- Eestis kasutamiseks valideeritud ja standardiseeritud

Eelnevalt loetletud hindamisinstrumente on võimalik kasutada edaspidi Eesti MDFT programmi mõjude uurimisel, valides nende seast ühe sobivaima või kombineerides erinevaid instrumente. Enamik instrumentidest on sobivaimad kasutamiseks näost-näkku andmekogumisel, kuid teatud juhtudel saab kaaluda ka andmekogumist e-küsimustiku või telefoniintervjuu käigus.

Täiendavad andmekogumisvõimalused ja valik teistes riikides kasutatavatest hindamisinstrumentidest on esitatud lisas 2.

Kasutatud kirjandus

- Andrews, D. A.**, et al. (1990) *Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology*. Criminal Justice and Behavior, 17(1), 19-52.
- Andrews, D. A.** et al. (2006) *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Markham, Ontario, Canada: LexisNexis.
- Akkermann, K.** (2014). *Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale*. Lõppraport.
- Baldwin, S. A.** et al. (2012) *The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis*. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 281-304.
- Berndt, T. J.** et al. (1990) *Distinctive features and effects of early adolescent friendships*. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* (Vol. 2, pp. 269–287). Thousand Oaks, CA: Sage
- Bronfenbrenner, U.** (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brook, J. S.** et al. (1988). *Personality, family and ecological influences on adolescent drug use: A developmental analysis*. In R. H. Coombs (Ed.), *The family context of adolescent drug use* (pp. 123-162). New York: Haworth Press.
- Brook, J. S.** et al. (1993). *Role of mutual attachment in drug use: A longitudinal study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32(5), 982-989.
- Bry, B. H.** et al. (1982). *Extent of drug use as a function of number of risk factors*. Journal of Abnormal Psychology, 91(4), 273.
- Campbell Systematic Reviews** (2015) *Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review*.
- Craig, T. K.** et al. (2008) *Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months*. Psychiatric Services, 59(3), 276–282.
- Dakof, G.A.** et al. (2011). *The Adolescent Community Reinforcement Approach and Multidimensional Family Therapy*, in Kaminer, Y. & Winters, K.C. *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*, Washington: American Psychiatric Pub., 239-268.
- Dakof, G. A.** et al. (2015). *A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court*. Journal of Family Psychology, 29(2), 232.
- Dishion, T. J.** et al. (2003). *The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring*. Behavior Therapy, 4(4), 553–571.
- Filges, T.** et al. (2015). *Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on Nonopioid Drug Abuse A Systematic Review and Meta-Analysis*. Research on Social Work Practice, 1049731515608241
- Fisher, P. A.** et al. (2000). *Multidimensional Treatment Foster Care: A Program for Intensive Parenting, Family Support, and Skill Building*. Journal of Emotional and Behavioural Disorders, 8(3), 155-164.

- Goorden, M. et al.** (2016). *The cost-effectiveness of family/family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review*. BMC Psychiatry, 16(1), 237.
- Greenbaum, P. E. et al.** (2015). *Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of multidimensional family therapy randomized clinical trials*. Journal of Family Psychology, 29(6), 919.
- Hawkins, E. H.** (2009). *A tale of two systems: Co-Occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents*. Annual Review of Psychology, 60, 197–227.
- Henderson, C. E. et al.** (2009). *Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of multidimensional family therapy*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 35(4), 220-226.
- Henderson, C. E. et al.** (2010). *Effectiveness of Multidimensional Family Therapy With Higher Severity Substance-Abusing Adolescents: Report From Two Randomized Controlled Trials*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(6), 885-897.
- Hendriks, V. et al.** (2011). *Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands*. Drug and Alcohol Dependence, 119(2011), 64-71.
- Hendriks, V. et al.** (2012). *Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial*. Drug and Alcohol Dependence, 125(1), 119-126.
- Hogue, A. et al.** (2002). *Family - based prevention counseling for high - risk young adolescents: Immediate outcomes*. Journal of Community Psychology, 30(1), 1-22.
- Hogue, A. et al.** (2009). *Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research*. Journal of Family Therapy, 31, 126–54.
- Holman, B. et al.** (2006) *The dangers of detention: The impact of incarcerating youth in detention and other secure congregate facilities*. Baltimore MD: Annie E Casey Foundation.
- Kaminer, Y. et al.** (2008). *Treatment of comorbid adolescent cannabis use and major depressive disorder*. Psychiatry, 9.
- Koffman, S. et al.** (2009). *Impact of a comprehensive whole child intervention and prevention program among youths at risk of gang involvement and other forms of delinquency*. Children & Schools, 31(4), 239-245.
- Komro, K. A. et al.** (2001). *How did Project Northland reduce alcohol use among adolescents? Analysis of mediating variables*. Journal of Health Education Research & Development, 16(1), 59–70.
- Liddle et al.** (2001). *Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27(4), 651-688.
- Liddle, H. A.** (2002) *(MDFT manual): Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 5*. DHHS Pub. No. 02–3660, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A. et al.** (2004). *Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment*. Journal of Psychoactive Drugs, 36(1), 49-63.

- Liddle, H. A. et al.** (2008). *Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy*. *Addiction*, 103(10), 1660-1670.
- Liddle, H. A. et al.** (2009). *Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12.
- Lemon, M. et al.** (2014). *Preventing and treating youth marijuana use: An updated review of the evidence*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Lochman, J. E. et al.** (2002). *Family-based approaches to substance abuse prevention*. *Journal of Primary Prevention*, 23(1), 49–114.
- Marvel, F. et al.** (2009). *Multidimensional Family Therapy HIV/STD Risk - Reduction Intervention: An Integrative Family-Based Model for Drug-Involved Juvenile Offenders*. *Family Process*, 48(1), 69-84.
- Minuchin, P.** (1985). *Families and individual development: Provocations from the field of family therapy*. *Child Development*, 56, 289-302.
- Moffitt, T. E. et al.** (2002). *Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years*. *Development and Psychopathology*, 14(1), 179–207.
- Newcomb, M.** (1995). *Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse*. In E. Rahdert & D. Czechowicz (Eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessments and therapeutic interventions* (pp. 7-38). NIDA Research Monograph 156, NIH Pub. No. 95-3908. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Patterson, G. R.** (1994). *A functional analysis of resistance during parent training therapy*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 53-70.
- Poulsen S.** (2006): *Psykoterapi – en introduktion. [Psychotherapy - an introduction.]* Frederiksberg: Frydenlund.
- Riggs, P.** (1998) *Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 331–32.
- Rigter, H. et al.** (2010). *INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder*. *BMC Psychiatry*, 10(28).
- Rigter, H. et al.** (2013). *Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings*. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1), 85-93.
- Riverside University Health System** (2015) *Multi-Dimensional Family Therapy. Full Service Partnership Outcomes Report*.
- Robbins, M. S. et al.** (2006). *Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy*. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108.
- Rounds-Bryant, J. L. et al.** (1999). *Drug abuse treatment outcome study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 573–591.
- Rowe, C. L. et al.** (2003). *Substance abuse*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97-120.

- Rowe, C. L.** (2010). *Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 563-576.
- Schaub, M. P. et al.** (2014). *Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial*. *BMC Psychiatry*, 14(1), 26.
- Schmidt, S. E. et al.** (1996). *The relationship of change in parenting with change in adolescent symptomatology in Multidimensional Family Therapy*. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 12-27.
- Shelef, K. et al.** (2005). *Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689-698.
- Spoth, R. L. et al.** (2002). *Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families*. *Prevention Science* 3(3), 145–152.
- Steinberg, L. D.** (1991). *Adolescent transitions and alcohol and other drug use prevention*. In E. N. Goplerud (Ed.), *Preventing adolescent drug use: From theory to practice*. OSAP Prevention Monograph-8. Rockville, MD: DHHS.
- Steinberg, L. et al.** (1994). *Parental monitoring and peer influences on adolescent substances abuse*. *Pediatrics*, 93, 1-5.
- Stroufe, L. A., et al.** (1984). *The domain of developmental psychopathology*. *Child Development*, 55, 17-29.
- Tanner-Smith, E. E. et al.** (2013). *The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158.
- Timmons-Mitchell, J. et al.** (2006). *An Independent Effectiveness Trial of Multisystemic Therapy With JuvenileJustice Youth*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 227-236.
- Van der Pol, T. et al.** (2017). *Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis*.
- Waldron, H. B. et al.** (2008). *Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Zemp, M. et al.** (2016). *How Couple- and Parenting-Focused Programs Affect Child Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 798–810.

LISA 1. Varasemad MDFT programmi käsitlevad uuringud

Meta-analüüsid ja süstemaatilised ülevaated

Autorid	Pealkiri	Aasta	Meetod	Peamised uurimistulemused
van der Pol et al.	<i>Research Review: The effectiveness of multi-dimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis</i>	2017	Meta-analüüs	MDFT programm on tõhus sõltuvusainete jt käitumisprobleemidega noorte seas, sh enam tõhusam tõsisemate sõltuvusprobleemide ja teiste käitumishäiretega.
Filges et al.	<i>Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on non-opioid drug abuse: A systematic review and meta-analysis</i>	2015	Meta-analüüs ja süstemaatiline ülevaade	MDFT näitas paremaid tulemusi sõltuvusprobleemi tõsiduse leevendamisel ja programmis osalemises (vähem katkestajaid). Sõltuvusainete tarvitamises vahetult peale sekkumise lõppu (6 kuud) näitas MDFT teistest paremaid tulemusi, kuid pikaajalise mõju (12 kuud) osas oli sarnane teistele sekkumistele.
Tanner-Smith et al.	<i>The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis</i>	2013	Meta-analüüs	Sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamiseks on pereteraapiakesksed lähenemised tõhusamad kui teised lähenemised.
Baldwin et al.	<i>The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis</i>	2012	Meta-analüüs	Sõltuvusainete kuritarvitamise ja retsidiivse käitumise vähendamisel on pereteraapia-kesksed lähenemised tõhusamad kui teised lähenemised.
Campbell Collaboration	<i>Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review</i>	2015	Süstemaatiline ülevaade	Võrreldes teiste sarnaste programmidega on MDFT mõnevõrra tulemuslikum sõltuvusainete tarvitamise vähendamisel. MDFT programmis osalemise katkestamise määr on sõltuvusprobleemidega noorte seas madalam kui teistes sarnastes programmides. Hariduse, riskikäitumise ja peresuhetega seotud näitajate paranemise kohta ei olnud võimalik hinnangut anda.
Waldron et al.	<i>Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse</i>	2008	Meta-analüüs	MDFT vähendab uimastite tarbimist 40-90% ning on sellega üks efektiivsemaid sekkumisi.
Lemon et al.	<i>Preventing and Treating Youth Marijuana Use: An Updated Review of the Evidence</i>	2014	Meta-analüüs	23 erineva kanepi tarbimise vähendamise programmi seas on MDFT keskmine kulu ühe osaleja kohta ligi 7800 USD (2. kõrgeim), keskmine tulu 14300 USD (2. kõrgeim), sekkumine on positiivse netotuluga (keskmine 6500 USD, 5. kõrgeim) hinnanguliselt 67% juhtumitest (10. kõrgeim)
Goorden et al.	<i>The cost-effectiveness of family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review</i>	2016	Meta-analüüs	MDFT jt sarnaste programmide kulutõhususe analüüsid on sisendandmete puudumise ja kehv kvaliteedi tõttu ebatäpsed ning jätavad mitmed olulised mõjuallikad hindamata. Tulemused ei ole uuringute lõikes võrreldavad.

Üksikuuringud

Autorid	Pealkiri	Aasta	Riik/riigid	Meetod	Peamised uurimistulemused
Liddle et al.	<i>Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial</i>	2001	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kolme erinevat sekkumist, millest kõige paremaid tulemusi näitas MDFT. 1a peale sekkumise lõppemist oli osalejatel lisaks uimastitarvitamisega seotud –näitajate paranenud ka õpiedukus ja perekondlikud suhted.
Liddle et al.	<i>Early intervention for adolescent substance abuse: pre-treatment to post-treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment</i>	2004	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	Omavahel võrreldi kahte erinevat sekkumist, millest MDFT näitas paremaid tulemusi nii riskikäitumises (sh uimastite tarvitamine), õpiedukuses, suhetes pere ja eakaaslastega.
Robbins et al.	<i>Adolescent and Parent Therapeutic Alliances as Predictors of Dropout in Multidimensional Family Therapy</i>	2006	USA	Vaatlus	Autorid vaatlusid erinevate juhtumite kahe esimese MDFT teraapiasessiooni videosalvestisi, märkides üles terapeudi-noore ja terapeudi-ema omavahelise liidu (ingl k. „alliance“) loomist ise-loomustavaid tunnuseid. Seejärel võrreldi samade juhtumite tulemusi MDFT programmi katkestamise andmetega. Analüüsisit järelendus, et katkestasid sagedamini need pered, kus omavaheline saavutatud side oli madalam.
Liddle et al.	<i>Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behaviour Therapy</i>	2008	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist ja mõõdeti erinevaid sõltuvusainete tarvitamisega seotud näitajaid. Mõlema sekkumisega saavutati tarbitavate sõltuvusainete koguse vähenemine, kuid tarvitamise sageduse vähenemist ei saavutatud. MDFT saavutas paremaid tulemusi sõltuvus-probleemi tõsiduse leevendamises, mis säilisid ka 12 kuud peale sekkumise lõppu.
Liddle et al.	<i>Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial</i>	2009	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	MDFT tulemusel paranesid mitmed sõltuvusainete tarvitamise näitajad, mis säilisid ka 12 kuud peale sekkumise lõppu. Vahistamiste vähenemine 23%, uimastite tarbimise vähenemine ligi 75%, õpitulemuste paranemine 12%, käitumishinde paranemine 7%.

Henderson et al.	<i>Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials.</i>	2010	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist, mis saavutasid sarnaselt häid tulemusi sihtrühmas, kelle sõltuvusprobleemid olid vähemtõsisemad ja kellel oli vähem kaasuvaid diagnoose. MDFT näitas aga paremaid tulemusi tõsisema sõltuvus-probleemiga noorte seas, kellel olid lisaks sõltuvusele ka teisi diagnoose.
Henderson et al.	<i>Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of Multidimensional Family Therapy</i>	2010	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	MDFT suurendab oluliselt vanemlikku järelvalvet ja seda suuremal määral kui tavapärase pereteraapia. Muutused leiavad aset juba sekkumise ajal, mitte ainult peale sekkumise lõppu.
Hendriks et al.	<i>Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavioural Therapy in The Netherlands</i>	2011	Holland	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist, millest mõlemad saavutasid sarnased tulemused - vähenes kanepi tarvitamine ja korrarikkumiste sagedus. Tulemused säilisid ka aasta peale sekkumise lõppu. MDFT erines selle poolest, et katkestajaid oli oluliselt vähem ja sekkumine oli osalejale intensiivsem. MDFT näitas paremaid tulemusi salejatel, kelle kanepisõltuvus oli tõsisem.
Hendriks et al.	<i>Matching adolescents with a cannabis use disorder to Multidimensional Family Therapy or Cognitive Behavioural Therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial.</i>	2012	Holland	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist, mille käigus selgus, et vanemas eas (17-18-a) teismeliste sihtrühmas näitas paremaid tulemusi kognitiivkäitumuslik teraapia (KKT), noorematel olid MDFT tulemused paremad. MDFT sekkumises saavutasid KKT-st paremaid tulemusi noored, kellel oli varasemaid tõsiseid korrarikkumisi ja esines vaimse tervise probleeme (depressioon, ärevushäired jms).
Rigter et al.	<i>Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings.</i>	2013	Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa Šveits, Holland	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist. MDFT programmis oli katkestajaid vähem, olulisel määral paranesid mitmed kanepi tarvitamise näitajad (kanepi sõltuvushäire diagnoosi vähenemine 29%. Keskmine kanepi tarbimise päevade vähenemine 43%). Autorid järeldavad, et MDFT on sobiv sekkumine kanepisõltuvusega noortele.

Schaub et al.	<i>Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial.</i>	2014	Belgia, Saksamaa, Prantsusmaa, Šveits, Holland	Randomiseeritud kontrolluuring	Võrreldi kahte erinevat sekkumist, millest mõlemad saavutasid paranenud tulemusi kõikides mõõdetud näitajates. MDFT näitas paremaid tulemusi väliste sümptomite leevendamisel.
Lemon et al.	<i>Preventing and Treating Youth Marijuana Use: An Updated Review of the Evidence</i>	2014	USA		
Greenbaum et al.	<i>Gender and ethnicity as moderators: integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials</i>	2015	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	MDFT sekkumise tulemusena vähenes uimastitega seotud tegevustes osalemine kõigis uuringusse kaasatud erineva soo ja etnilise päritoluga gruppides.
Dakof et al.	<i>A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court</i>	2015	USA	Randomiseeritud kontrolluuring	24 kuud peale programmi algust -> väärtegude eest vahistamiste vähenemine 38%, kuritegude eest vahistamiste vähenemine 22%. Keskmine kanepi tarbimise päevade vähenemine 40%.
Riverside University Health System	<i>Multi-Dimensional Family Therapy. Full Service Partnership Outcomes Report</i>	2015	USA	Eel- ja järelhindamine	6 kuud peale programmi algust -> vahistamiste vähenemine 71%, kooli õppetööst ajutiste kõrvaldamiste vähenemine 84%, koolist väljaviskamiste vähenemine 85%, erakorralise arstiabi visiitide vähenemine 77% vaimse ja 83% füüsiliste probleemide korral.

LISA 2. Valik noortele õigusrikkujatele suunatud teraapiaprogrammide hindamisel kasutatavatest mõõdikutest, andmekogumise meetoditest ja hindamisinstrumentidest

Autorid	Pealkiri	Aasta	Mõõdikud	Andmekogumise meetod	Kasutatud hindamisinstrument
Koffman et al.	<i>Impact of a Comprehensive Whole Child Intervention and Prevention Program among Youths at Risk of Gang Involvement and Other Forms of Delinquency</i>	2009	Koolist puudumised	Infopäring koolist	-
			Õpitulemused	Infopäring koolist	Keskmine hinne
			Käitumisprobleemid	Infopäring koolist	-
			Depressiooni tunnused	Teadmata	Beck Depression Inventory (BDI)
Shelef et al.	<i>Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multi-dimensional Family Therapy</i>	2005	Sõltuvusainete kuritarvitamise ja sõltuvuse sümptomid	Teadmata	Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) Substance Problem Index (SPI)
			Kanepi tarvitamine	Intervjuu pereliikmega Narkotestid	- -
Rigter et al.	<i>INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder</i>	2010	Kanepi kuritarvitamise sümptomid	Teraapia käigus	Adolescent Diagnostic Interview-Light (ADI-light)
			Kanepi tarvitamise sagedus	Teraapia käigus Narkotestid	- -
			Sõltuvusainete tarvitamise kavatsus	Teraapia käigus	Personal Involvement with Chemicals Scale from the Personal Experiences Inventory (PEI)
			Peresuhted	Teraapia käigus	Family Environment Scale (FES)
Liddle et al.	<i>Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial</i>	2001	Sõltuvusainete tarvitamine	Intervjuu noorega Intervjuu pereliikmetega Narkotestid	Kogutud info põhjal annavad 3 sõltumatut kliinilist eksperti hinnangu noore sõltuvusainete tarvitamisele (tuginedes Guttmani tüüpi skaalale)
			Käitumisprobleemid	Teadmata	Acting Out Behaviors Scale (Devereux Adolescent Behavior Rating Scale)
			Õpitulemused	Infopäring koolist	Keskmise hinde muutuse määr
			Peresuhted	Teraapia käigus	Global Health Pathology Scale (Beavers Interactional Competence Scale)

Timmons-Mitchell et al.	<i>An Independent Effectiveness Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Justice Youth</i>	2006	Õigusrikkumised	Infopäring korra- kaitse- organitest	-
			Toimetulek koolis ja tööl	Teraapia käigus	Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)
			Emotsionaalne tervis		
			Sõltuvusainete tarvitamine		
Peresuhted					
Henderson et al.	<i>Effectiveness of Multidimensional Family Therapy With Higher Severity Substance-Abusing Adolescents: Report From Two Randomized Controlled Trials</i>	2010	Sõltuvusainete tarvitamise sagedus	Enesehinnang (tarvitamis- päeviku pidamine)	Personal Involvement With Chemicals Scale (Personal Experience Inventory)
			Emotsionaalne tervis	Intervjuu	Diagnostic Interview Schedule for Children
			Peresuhted	Küsimustiku täitmine	Family Environment Scale (FES)
Liddle et al.	<i>Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment</i>	2004	Individaalsed kaitse- ja riskitegurid	Teadmata	Youth Self-Report (YSR)
			Perekondlikud kaitse- ja riskitegurid	Küsimustiku täitmine	Family Environment Scale (FES)
			Eakaaslaste kaitse- ja riskitegurid	Teadmata	The National Youth Survey Peer Delinquency Scale
			Õigusrikkumised	Küsimustiku täitmine	National Youth Survey Self-Report Delinquency Scale (SRD)
			Sõltuvusainete tarvitamine	Intervjuu	-
Zemp et al.	<i>How Couple- and Parenting-Focused Programs Affect Child Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial</i>	2016	Suhete kvaliteet	Teadmata	Dyadic Adjustment Scale
			Vanemlikud oskused	Teadmata	Parenting Scale
			Lapse käitumisprobleemid	Teadmata	Eyberg Child Behavior Inventory
Fisher et al.	<i>Multidimensional Treatment Foster Care: A Program for Intensive Parenting, Family Support, and Skill Building</i>	2000	Arreteerimiste arv	Infopäring korra- kaitse- organitest	-
			Kinnipidamisasutuses viibitud päevade arv		-
			Retsidiivne käitumine	Teadmata	Teadmata
Liddle et al.	<i>Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multi-dimensional family therapy and cognitive behavior therapy</i>	2008			Diagnostic Interview for Children (DISC)
			Sõltuvusainete tarvitamine	Intervjuu	Personal Experience Inventory (PEI)

Hendriks et al.	<i>Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands</i>	2011	Peresuhted	Teadmata	Family Environment Scale
			Sõltuvusainete kuritarvitamine	Intervjuu	Adolescent Diagnostic Interview (ADI-Light)
				Uriiniproov	Personal Involvement with Chemicals (PEI)
			Retsidiivne käitumine		-
					Self-Report Delinquency Scale (SRD)

LISA 3. Eesti MDFT programmi kulutõhususe analüüsis kasutatud arvulised eeldused

Eeldus	Eelduse määr	Allikas/märkused
Süüteo tuvastamise ja uurimise kulu süüteo kohta	3 894 €/ÕR	„Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale.“ Centar, 2015. Korrutatud 1.3, mis eelduslikult katab ära täiendava tugipersonali, töövahendite amortisatsiooni jm kulud. Sotsiaal- ja töötuskindlustusmaks koefitsiendina 1.34.
AEK kogukulud ühe isiku kohta	163 €/ÕR	AEK 2014. a riigieelarveline kulu oli 228 420 EUR ning AEKsse kokku suunatud noorte arv 2014. aastal 1400 isikut. Allikas: EHISE andmete põhjal, aasta-aruanded ENTK lehel.
Erikoolis viibiva kulu aastas (AEK)	29 342 €/ÕR	2014. a erikoolide kulu oli kokku 1 643 176 EUR ning erikoolides viibis 2014. aastal keskmiselt 56 isikut. Eeldus, et noor viibib keskmiselt erikoolis ühe aasta.
Spetsialisti osutatud teenuse kulu (AEK)	140 €/ÕR	Võetud aluseks Rajaleidja Õppenõustamise I tasandi teenus. Spetsialisti keskmiseks teenuse osutamise ajaks on arvestatud 5h.
Rehabilitatsiooniteenuse kulu (AEK)	670 €/ÕR	Rehabilitatsiooniteenuse kogukulu oli 2014. a oli 124 565 eurot.
HEV klasside ülalpidamiskulu	3 308 €/ÕR	Õpilasepõhine toetus jääb 2015. aastal statsio-naarses tavaõppes õppiva õpilase kohta vahemikku 1367-2329 eurot aastas. HEV klassidele rakenduv nn pearaha koefitsient on 1,79 x tavaklass. Võetud aluseks aritmeetiline keskmine tavaklassi pearaha ehk $(1367+2329)/2 \times 1.79$ (koefitsient) = 3 308 EUR/AÕR.
Süüteo menetlemise kulu süüteo kohta	525 €/ÕR	„Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale.“
Üldmenetluse kohtukulu	1 968 €/ÕR	Centar, 2015. Arvutuses lisatakse sellele sotsiaal- ja töötuskindlustusmaks koefitsiendina 1.34.
Lühimenetluse kohtukulu	239 €/ÕR	
Kokkuleppemenetluse kohtukulu	100 €/ÕR	
Vanglas viibiva kulu aastas	14 365 €/ÕR	„Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale.“ Centar, 2015
Kriminaalhooldusel viibiva kulu	612 €/ÕR	Ühe kriminaalhooldusaluse kohta kulu ühes kalendrikuus 612 eurot (2014). Justiitsministeerium.
Ohvrile tekitatud kahju	4 519 €/OHVER	„Vägivallakuritegude hind. Tapmise, vägistamise ja röövimisega kaasnevad kulud Eesti ühiskonnale.“ Centar, 2015.
Koolitee katkemine pärast põhihariduse omandamist	78 068 €/katkestaja	„Õpingute ebaõnnestumise kulud Eestis“ Centar, 2011

Eesti MDFT programmi käivitamise kulud	1 383 337€	Allikas: Justiitsministeerium
Eesti MDFT programmi edaspidine püsikulu	568 769€ / aastas	
MDFT programmis osalevad noored käivitamis-perioodil / edaspidi	143/168	Allikas: Sotsiaalkindlustusamet
Palkade korrigeerimine 2014 - 2016	14%	Allikas: Statistikaamet
Arvutuslikud eeldused MDFT mõju kohta noorte kuritegevuse vähenemisele	15%/30%/45%	Kasutatud varasemates uuringutes leitud mõjuhinnangute tulemusi. Vaata täpsemalt lisa 1
Arvutuslikud eeldused MDFT mõju kohta noorte kooli pooleli jätmise kohta	0%/20%/40%	Kasutatud varasemates uuringutes leitud mõjuhinnangute tulemusi. Vaata täpsemalt lisa 1
Toime pandud süütegude arv	120%	2013. aastal rikkumiste suhe rikkujatesse 1646/1372
Suunatud AEKsse	25%	Suhe 2013. a põhjal. (Väärteo alusel AEKsse suunatud 8% ja kuriteo alusel suunatud 17%). Allikas: ENTK alaealiste komisjonide ülevaade 2013.
Suunatud prokuröri juurde	20%	Kasutatud eeldust 20%.
Erikooli suunamine (AEK)	4.1%	2014. õ/a keskmine õpilaste arv Tapa ja Kaagvere koolides on olnud 56.
Spetsialistide juurde suunamine (AEK)	61%	Spetsialistide juurde saatmise osatähtsuse arvutamise aluseks on võetud kolme Tallinna linnaosa AEK statistika.
Rehabilitatsiooniteenus (AEK)	13.56%	2014. aastal suunatud rehabilitatsiooniteenustele 186 AÕRi. Sotsiaalministeerium.
HEV klassides	1.4%	Allikas: www.haridussilm.ee.
Üldmenetlus	2%	Kohtumenetluse liigid alaealiste kriminaalasjades 2013.
Lühimenetlus	19%	a: kokkuleppemenetluses 79%, lühimenetluses 19% ja üldmenetluses 2%. Allikas: Justiitsministeerium.
Kokkuleppemenetlus	79%	
Suunatud kohtust kriminaalhooldusesse	12.1%	2014. a kriminaalhoolduses 166 isikut vanuses 14-17. Justiitsministeerium
Suunatud kohtust vanglasse	2.41%	2014. a vanglas 33 isikut vanuses 14-17. Justiitsministeerium

LISA 4. Süvaintervjuu kava – lapse intervjuu

Teraapia külastused

1. Mida sa mäletad kõige esimesest korrast, kui terapeudi* juures käisid?

** Võimalik, et intervjuueeritav nimetab MDFT teraapias osalemist mõne muu endale tuttava väljendiga. Sellisel juhul kasutada kõigi järgnevate küsimuste puhul tema öeldud väljendit, ei pea kasutama väljendit „terapeudi juures käima“ või „kohtumised terapeudiga“*

- Mis sul sellest korrast meeles on?
- Olid sa seal üksi või koos emaga?
- Millest te terapeudiga rääkisite?
- Tundsid sa end seal mugavalt? Mis põhjustel?
- Oli seal midagi, mis sind häiris? Mis see oli?
- Oli seal midagi, mis sulle meeldis? Mis see oli?

2. Soovisid sa peale esimest korda terapeudi juurde uuesti minna?

- Mis põhjustel?

3. Mäletad sa seda, kuidas sa üldse terapeudi juurde sattusid?

- Mis põhjustel?
- Kelle kaudu?

4. Mäletad sa seda, kuidas sa sellesse suhtusid, kui sulle pakuti varianti või öeldi, et nüüd tuleb minna koos emaga teraapiasse?

5. Enne, kui sa terapeudi juurde esimest korda läksid, siis mis sa arvasid, mis seal juhtuma hakkab?

- Ootasid sa seda põnevusega? Hirmuga? Vastumeelsusega? Rõõmuga? Elevusega?
- Mille poolest oli esimene kord teistsugune, kui sa arvasid?

6. Kui sa meenutad seda mitut kuud, kui sa terapeudi juures käisid, siis mis on sulle sellest kõige enam meelde jäänud?

- Mis sulle kõige enam meeldis?
- Kas oli ka midagi sellist, mis sulle ei meeldinud? Mis see oli?

7. Saaksid sa mulle kirjeldada, mismoodi teie kohtumised terapeudiga välja nägid?

- Kaua kohtumine kestis?
- Mis te kohtumise ajal tegite?

8. Kuivõrd keeruline oli sinu jaoks iga nädal teraapias osaleda?

- Mis selle keeruliseks tegi?
- Kas oli ka midagi sellist, mis tegi lihtsamaks? Mis see oli?

9. Kas oli ka selliseid kordi, kui sa ei tahtnud terapeudiga kohtuma enam minna?

- Millised need olukorrad olid?
- Mis põhjusel sa ei soovinud enam minna?
- Kuidas need olukorrad lahenesid?
- Mis sind motiveeris tagasi minema?

10. Kas sulle midagi teraapias käies ka väga meeldis?

- Mis see oli?
- Mis põhjusel see sulle meeldis?

11. Kuidas sa iseloomustaksid oma terapeuti?

- Mis sulle tema juures meeldis?
- Mis sulle tema juures ei meeldinud?
- Kuivõrd sulle tundus, et ta mõistab sind?
- Kuivõrd sulle tundus, et saad teda usaldada?
- Kuivõrd sulle tundus, et temast on sulle abi?
- Kas oli midagi, mida ta oleks võinud teisiti teha? Mis see oli?

Ema kogemused teraapiaga

12. Kuidas sulle tundub, kas su emale meeldis terapeudi juures käia?

- Mis sa arvad, mis põhjustel meeldis / ei meeldinud?

13. Mismoodi ema ja terapeut omavahel läbi said?

- Oli neil ka omavahelisi konflikte?
- Millised need konfliktid olid?

14. Kas oli olukordi, kui ema ei tulnud terapeudi juurde kohale?

- Millised need olukorrad olid?

b. Mismoodi need olukorrad lahenesid?

15. Millised su pereliikmed või sõbrad teadsid, et te emaga terapeudi juures käite?

a. Kuivõrd see oli midagi sellist, mida sa soovisid enda teada hoida?

Elu enne teraapiat

16. Kui sa meenutad oma elu aasta aega tagasi, siis milline oli üks sinu tavaline päev?

a. Millega sa tegelesid päeval? Õhtuti? Nädalavahetusel?

17. Millised olid su sõbrad?

- a. Olid nad sinust vanemad? Nooremad? Endavanused?
- b. Mis sul oli oma sõpradega ühist?
- c. Mida te koos tegite?

18. Kuidas sa käitusid, kui sattusid mõnda keerulisse olukorda? Näiteks, kui sõbrad kutsusid sind tegema midagi, mida sa ei tahtnud teha?

a. Oskad sa tuua mõnda konkreetset näidet?

19. Kuivõrd sattusid sa sekeldustesse politseiga?

a. Mis põhjustel?

20. Kui sageli tuli ette alkoholi või teiste ainete tarvitamist?

21. Millised olid suhted vanematega?

- a. Saite te hästi omavahel läbi?
- b. Kas te tülitsete ka omavahel? Mis põhjustel?
- c. Kuivõrd sa said oma vanemaid usaldada?

Tajutud muutused peale teraapiat

22. Kui sa mõtled oma praeguse elu peale, siis milline oli üks sinu tavaline päev?

- a. Mille poolest erinev see aasta tagusest?
- b. Mida tehes veedad sa oma päevad? Õhtud? Nädalavahetused?

23. Millised on su praegused sõbrad?

- a. Sinust vanemad? Nooremad? Endavanused?
- b. On nende seas ka vanu sõpru?
- c. Kas oled ka leidnud uusi sõpru? Kuidas?
- d. Mis sul on oma uute sõpradega ühist?

e. Mida te teete koos uute sõpradega?

f. Mida te teete koos vanade sõpradega?

g. Oled sa mõne oma vana sõbra ka kaotanud? Mis põhjustel?

24. Kui sa täna satuksid olukorda, kus su sõbrad kutsuvad sind tegema midagi, mida sa ei taha teha, siis mis sa arvad, kuidas sa käituksid?

- a. On sul olnud selliseid olukordi?
- b. Kuidas sa sellises olukorras käituksid?

25. Kuivõrd on sul viimase paari kuu jooksul olnud sekeldusi politseiga?

a. Mis põhjustel?

26. Kui sageli juhtub olukordi, kus sina ja su sõbrad joote alkoholi või tarvitate muid aineid?

27. Kuivõrd on peale teraapiat muutunud sinu suhted oma vanematega?

- a. Kas on muutunud paremaks või halvemaks? Mille poolest?
- b. Oskad sa tuua mõne näite, mis on muutunud paremaks / halvemaks?
- c. Kas te saate paremini läbi omavahel kui varem?
- d. Kuivõrd teil tuleb ette omavahelisi tülisid? Mis põhjustel?
- e. Kuivõrd sa tunned, et usaldad oma vanemaid praegu rohkem kui näiteks aasta tagasi?

28. Oskad sa tuua mõnda näidet, mis enne oli su elus ühtmoodi aga nüüd on teisiti?

- a. Näiteks selles, kuidas te emaga omavahel suhtlete
- b. Näiteks selles, kuidas sa oma vaba aega veedad
- c. Näiteks selles, mida sulle teha meeldib
- d. Näiteks selles, mida sa mõtled oma tulevikust
- e. Näiteks selles, et sa oskad nüüd midagi, mida sa varem ei osanud

Teraapia lõpetamine

29. Mäletad sa, milline oli su viimane teraapia külastus?

a. Millest rääkisite?

30. Millised tunded sul sellega seoses olid?

a. Oli sul selle üle hea meel? Mis põhjustel?

b. Oli see ka raske või kurb? Mis põhjustel?

31. Oled sa peale teraapia lõppemist ka terapeudiga suhelnud?

a. Mis teemadel?

32. Oled sa peale teraapia lõppemist ka selle kogemuse peale pärast mõelnud?

a. Mis mõtted sul on olnud?

33. Kui sa vaatad sellele kogemusele tagasi, siis kuivõrd sulle tundub, et teraapias käimine oli sulle kasulik?

a. Mis põhjusel?

34. Kuivõrd sulle tundub, et see oli kasulik su emale?

a. Mis põhjusel?

LISA 5. Süvaintervjuu kava – lapsevanema intervjuu

Teraapia külastused

1. Mida te mäletate kõige esimesest korrast, kui [LAPSE NIMI]-ga terapeudi* juures käisite?

** Võimalik, et intervjueritav nimetab MDFT teraapias osalemist mõne muu endale tuttava väljendiga. Sellisel juhul kasutada kõigi järgnevate küsimuste puhul tema öeldud väljendit, ei pea kasutama väljendit „terapeudi juures käima“ või „kohtumised terapeudiga“*

- Mis teil sellest korrast meeles on?
- Millest te terapeudiga rääkisite?
- Tundsate te end seal mugavalt? Mis põhjustel?
- Oli seal midagi, mis teid häiris? Mis see oli?
- Oli seal midagi, mis teile meeldis? Mis see oli?

2. Soovisite te peale esimest korda terapeudi juurde uuesti minna?

- Mis põhjustel?

3. Mis asjaoludel [LAPSE NIMI] teraapia programmi suunati?

- Mis põhjustel?
- Kelle kaudu?

4. Mäletate te seda, kuidas sellesse suhtusite, kui teie perele teraapia programmis osalemist pakuti varianti või öeldi, et nüüd tuleb minna koos lapsega teraapiasse?

5. Enne, kui te terapeudi juurde esimest korda läksite, siis mis te arvasite, mis seal juhtuma hakkab?

- Ootasite seda põnevusega? Hirmuga? Vastumeelsusega? Rõõmuga? Elevusega?
- Mille poolest oli esimene kord teistsugune, kui arvasite?

6. Kui meenutate seda mitmekuulist perioodi, kui [LAPSE NIMI]-ga terapeudi juures käisite, siis mis on sellest teile kõige enam meelde jäänud?

- Mis teile kõige enam meeldis?

- Kas oli ka midagi sellist, mis teile ei meeldinud? Mis see oli?

7. Saaksite te palun kirjeldada, mismoodi teie kohtumised terapeudiga välja nägid?

- Kaua kohtumine kestis?
- Mis te kohtumise ajal tegite?

8. Kuivõrd keeruline oli teie jaoks iga nädal teraapias osaleda?

- Mis selle keeruliseks tegi?
- Kas oli ka midagi sellist, mis tegi lihtsamaks? Mis see oli?

9. Kas oli ka selliseid kordi, kui te ei soovinud terapeudiga kohtuma enam minna?

- Millised need olukorrad olid?
- Mis põhjusel te ei soovinud enam minna?
- Kuidas need olukorrad lahenesid?
- Mis teid motiveeris tagasi minema?

10. Kas teile midagi teraapias käies ka väga meeldis?

- Mis see oli?
- Mis põhjusel see teile meeldis?

11. Kuidas iseloomustaksite terapeuti?

- Mis teile tema juures meeldis?
- Mis teile tema juures ei meeldinud?
- Kuivõrd teile tundus, et ta mõistab teid?
- Kuivõrd teile tundus, et saate teda usaldada?
- Kuivõrd teile tundus, et temast on teile abi?
- Kas oli midagi, mida ta oleks võinud teisiti teha? Mis see oli?

Lapse kogemused teraapiaga

12. Kuidas teile tundub, kas [LAPSE NIMI]-ke meeldis terapeudi juures käia?

- Mis arvate, mis põhjustel talle see meeldis / ei meeldinud?

13. Mismoodi [LAPSE NIMI] ja terapeut omavahel läbi said?

- Oli neil ka omavahelisi konflikte?
- Millised need konfliktid olid?

14. Kas oli olukordi, kui [LAPSE NIMI] ei tulnud terapeudi juurde kohale?

- Millised need olukorrad olid?
- Mismoodi need olukorrad lahenesid?

15. Millised teie pereliikmed või sõbrad teadsid, et te lapsega terapeudi juures käite?

- Kuivõrd see oli midagi sellist, mida sa soovisite enda teada hoida? Mis põhjusel?

Elu enne teraapiat

16. Kui meenutate [LAPSE NIMI] elu aasta aega tagasi, siis milline oli üks tema tavaline päev?

- Milllega ta tegeles päeval? Õhtuti? Nädalavahetusel?

17. Millised olid [LAPSE NIMI] sõbrad?

- Olid nad [LAPSE NIMI] vanemad? Nooremad? Endavanused?
- Mida nad koos tegid?

18. Kuivõrd sattus [LAPSE NIMI] sekeldustesse politseiga?

- Mis põhjustel?

19. Kui sageli tuli [LAPSE NIMI]-l ette alkoholi või teiste ainete tarvitamist?

20. Millised olid teie omavahelised suhted [LAPSE NIMI]-ga?

- Saite te hästi omavahel läbi?
- Kas te tülitsete ka omavahel? Mis põhjustel?
- Kuivõrd te usaldasite [LAPSE NIMI]?

Tajutud muutused peale teraapiat

21. Kui te mõtlete [LAPSE NIMI] praeguse elu peale, siis mille poolest erineb see aasta tagusest?

22. Millised on [LAPSE NIMI] praegused sõbrad?

- Vanemad? Nooremad? Endavanused?
- On nende seas ka vanu sõpru?
- Kas [LAPSE NIMI] leidnud ka uusi sõpru?

23. On [LAPSE NIMI]-l viimase paari kuu jooksul olnud sekeldusi politseiga?

- Mis põhjustel?

24. Kui sageli juhtub olukordi, kus [LAPSE NIMI] ja ta sõbrad joovad alkoholi või tarvitavad muid aineid?

25. Kuivõrd on teie omavahelised suhted?

- Kas on muutunud paremaks või halvemaks? Mille poolest?
- Oskate sa tuua mõne näite, mis on muutunud paremaks / halvemaks?
- Kas te saate paremini läbi omavahel kui varem?
- Kuivõrd teil tuleb ette omavahelisi tülisid? Mis põhjustel?
- Kuivõrd te tunnete, et usaldate [LAPSE NIMI] praegu rohkem kui näiteks aasta tagasi?

26. Oskate te tuua mõnda näidet, mis enne teraapiat oli [LAPSE NIMI] elus ühtmoodi aga nüüd on teisiti?

- Näiteks selles, kuidas [LAPSE NIMI] teiste pereliikmetega suhtleb
- Näiteks selles, kuidas [LAPSE NIMI] oma vaba aega veedab
- Näiteks selles, mida [LAPSE NIMI]-le teha meeldib
- Näiteks selles, mida [LAPSE NIMI] mõtleb oma tulevikust
- Näiteks selles, et [LAPSE NIMI] oskab nüüd midagi, mida ta varem ei osanud

27. Oskate te tuua mõnda näidet, mis enne teraapiat oli teie elus ühtmoodi aga nüüd on teisiti?

- Näiteks selles, kuidas te [LAPSE NIMI]-ga suhtlete
- Näiteks selles, milliseid tegevusi te koos [LAPSE NIMI]-ga teete
- Näiteks selles, kuidas te oma lapsi kasvatate
- Näiteks selles, milliseks lapsevanemaks te ennast peate
- Näiteks selles, et te oskate nüüd midagi, mida ta varem ei osanud

Teraapia lõpetamine

28. Kas mäletate, milline oli teie viimane teraapia külastus?

- Millest rääkisite?

29. Millised tunded teil sellega seoses olid?

- a. Oli teil selle üle hea meel? Mis põhjusel?
- b. Oli see ka raske või kurb? Mis põhjustel?

30. Olete te peale teraapia lõppemist ka terapeutiga suhelnud?

- a. Mis teemadel?

31. Olete te pärast teraapia lõppemist ka selle kogemuse peale mõelnud?

- a. Mis mõtted teil on olnud?

32. Kui te vaatate sellele kogemusele tagasi, siis kuidas teile tundub, et teraapias käimine oli kasulik:

- a. [LAPSE NIMI]-le?
- b. Teile isiklikult?
- c. Teie ja lapse omavahelistele suhetele?
- d. Teie lapse ja teiste pereliikmete omavahelistele suhetele?

LISA 6. Süvaintervjuu kava – terapeudi intervjuu

Esimene kohtumine

1. Kuidas [LAPSE NIMI] sinu juurde jõudis (kelle/mille kaudu)?
2. Mida sa [LAPSE NIMI] ja tema pere kohta enne esmast kohtumist teadsid?
 - a. Mis põhjustel [LAPSE NIMI] sinu juurde jõudis?
3. Kuivõrd ja kuidas esimeseks kohtumiseks ette valmistasid?
 - a. Kuidas esimese kohtumise kokku leppisite?
4. Millisena mäletad oma esimest kohtumist [LAPSE NIMI] ja tema perega?
 - a. Kus kohtumine aset leidis?
 - b. Millest te rääkisite?
 - c. Milline oli [LAPSE NIMI] esmane suhtumine?
 - d. Milline oli [LAPSE NIMI] vanema(te) esmane suhtumine?
 - e. Kuivõrd keeruline oli last ja pere veenda järgmisel kohtumisel osalema?
5. Millised olid sinu esmased mõtted [LAPSE NIMI] juhtumiga seoses?
 - a. Kuivõrd olid lootusrikas, et oled võimeline pere aitama?
 - b. Kuivõrd olid ärevil, et selle perega töötamine saab olema keeruline?
6. Kuivõrd läks esimene kohtumine nii nagu planeerisid?
 - a. Kuivõrd said kohtumise läbi viia nii nagu MDFT meetod ette näeb?
 - b. Kui ei saanud, siis mis põhjusel?
 - c. Kui ei saanud, siis mida tegid teisiti?

Perekonna iseloomustus

7. Millised olid peamised teemad, millega [LAPSE NIMI] ja pere puhul oli vaja tööd teha?
 - a. Millised olid selle pere peamised nõrkused?

- b. Milles need nõrkused väljendusid? (too mõni näide)
8. Millised olid selle pere tugevused?
 - a. Milles need nõrkused väljendusid? (too mõni näide)
9. Palun iseloomusta [LAPSE NIMI].
 - a. Millised tema iseloomujooned aitasid teraapia protsessile kaasa? (too mõni näide)
 - b. Millised tema iseloomujooned takistasid teraapia protsessi? (too mõni näide)
10. Palun iseloomusta [LAPSE NIMI] ema.
 - a. Millised tema iseloomujooned aitasid teraapia protsessile kaasa? (too mõni näide)
 - b. Millised tema iseloomujooned takistasid teraapia protsessi? (too mõni näide)

Teraapia protsess

11. Kui sageli [LAPSE NIMI] ja perega kohtusite?
 - a. Kus kohtumised toimusid?
 - b. Mitme kuu vältel kohtumised toimusid?
 - c. Kui sageli tuli ette, et [LAPSE NIMI] või vanem ei tulnud kohtumisele?
 - d. Kui oli selliseid olukordi, siis mis selle põhjuseks oli?
 - e. Kui oli selliseid olukordi, siis kuidas need lahenesid?
12. Millised teie kohtumised välja nägid?
 - a. Millest rääkisite?
 - b. Kuivõrd pingelised või emotsionaalselt keerulised?
 - c. Kuivõrd rahulikud ja meeldivad?
13. Milline oli sinu ja [LAPSE NIMI] omavaheline läbisaamine?
 - a. Millisena iseloomustaksid enda ja [LAPSE NIMI] vahelist suhet?
 - b. Mis sa arvad, kas teil tekkis omavahel usalduslik suhe?
 - c. Mis sa arvad, kuivõrd [LAPSE NIMI] tundis, et sa mõistad teda?

- 14. Milline oli sinu ja [LAPSE NIMI] ema omavaheline läbisaamine?**
- Millisena iseloomustaksid enda ja [LAPSE NIMI] ema vahelist suhet?
 - Mis sa arvad, kas teil tekkis omavahel usalduslik suhe?
 - Mis sa arvad, kuivõrd [LAPSE NIMI] ema tundis, et sa mõistad teda?

- 15. Kuivõrd olid [LAPSE NIMI] ja ta vanem(ad) koostööaltid?**
- Millele oli [LAPSE NIMI]–l kõige enam vastupanu?
 - Millele oli vanema(te)l kõige enam vastupanu?
 - Mis võisid olla selle vastupanu põhjuseks?
 - Kuidas vastupanu olukorra lahendasid?

MDFT metoodika rakendamine

- 16. Kuivõrd rangelt järgisid MDFT metoodikat?**
- Kas tegid midagi teisiti, kui metoodika ette näeb?
 - Kui jah, siis mis see oli?
 - Kui jah, siis mis põhjusel tegid teisiti?

- 17. Kuivõrd tundsid, et MDFT metoodika on selle perega töötamisel sobiv ja tulemuslik?**
- Mis põhjusel?
 - Too näide olukorrast, kus tegid MDFT meetodi tõttu teisti kui oma tavapärasest (varasemas) töös.

- 18. Kuivõrd tundsid end MDFT metoodikal töötades enesekindlalt?**
- Kuivõrd tundsid vajadust nõu pidamiseks teiste MDFT terapeutidega?
 - Kuivõrd said nõu pidada teiste MDFT terapeutidega?
 - Kuivõrd oli sellistest nõupidamistest abi? (too näiteid)
 - Kuivõrd tundsid vajadust kirjalike abimaterjalide järele?

Teraapia lõpetamine

- 19. Milline oli sinu viimane teraapia sessioon perekonnaga?**
- Kas ja kuidas seda ette valmistasid?
 - Kas ja millised kokkulepped sõlmisite?

- 20. Milline oli [LAPSE NIMI] ja tema pere tagasiside sulle?**

- 21. Millised olid [LAPSE NIMI] kõige suuremad muutused:**
- tema suhtumises? (too näide)
 - tema oskustes? Millised uued oskused oli omandanud? (too näide)
 - tema harjumustes / eluviisis? (too näide)

- 22. Millised olid [LAPSE NIMI] ema kõige suuremad muutused:**
- tema suhtumises? (too näide)
 - tema oskustes? Millised uued oskused oli omandanud? (too näide)
 - tema harjumustes / eluviisis? (too näide)

- 23. Millised olid [LAPSE NIMI] ja tema ema/pere omavahelistest suhetes toimunud suuremad muutused? (too näide)**

- 24. Kuivõrd seadsid sa enda jaoks eesmärgid (soovitud muutus [LAPSE NIMI] ja tema pere elus) mida soovisid teraapia lõpuks saavutada?**
- Mis need eesmärgid olid?
 - Kuivõrd need eesmärgid said saavutatud?
 - Mis põhjustel?

- 25. Kuivõrd jäid sa ise rahule tööga, mis selle perega tegid?**
- Millised sinu tegevused olid väga edukad?
 - Kuivõrd tunned, et oleks võinud midagi teisiti teha?
 - Mida sa sellest juhtumist ise terapeutina õppisid?

Juhtumi üldistamine

- 26. Mille poolest oli [LAPSE NIMI] juhtum sarnane teistele juhtumitele, millega oled töötanud MDFT meetodil?**

- 27. Mille poolest oli [LAPSE NIMI] juhtum erinev teistest juhtumitest, millega oled töötanud MDFT meetodil?**

LISA 7. Süvaintervjuu kava – spetsialisti intervjuu

Kokkupuude lapse ja perega

1. Milline oli Teie esimene kokkupuude [LAPSE NIMI] ja tema perega?
 - a. Mis asjaoludel kokkupuude toimus?
 - b. Millal see oli?
2. Kui sageli/regulaarselt olete [LAPSE NIMI] ja tema perega kokku puutunud?
 - a. Mis asjaoludel?
 - b. Millal?
3. Millal viimati [LAPSE NIMI] ja tema perega kokku puutusite?
 - a. Mis asjaoludel?

Perekonna iseloomustus

4. Millisena iseloomustaksite [LAPSE NIMI]?
 - a. Milliseid iseloomujooni te temas välja tooksite?
 - b. Millised tema isikuomadused aitasid tal elus toime tulla?
 - c. Millised tema isikuomadused tekitasid talle elus probleeme?
5. Millisena iseloomustaksite [LAPSE NIMI] ema?
 - a. Milliseid iseloomujooni te temas ära tundsite?
 - b. Millised tema isikuomadused aitasid tal olla hea lapsevanem?
 - c. Millised tema isikuomadused raskendasid tal olla hea lapsevanem?
6. Millisena iseloomustaksite [LAPSE NIMI] perekonda laiemalt?
 - a. Millised olid selle pere peamised nõrkused?
 - b. Milles need nõrkused väljendusid? (tooge mõni näide)
 - c. Millised olid selle pere tugevused?
 - d. Milles need tugevused väljendusid? (tooge mõni näide)

Osalemine MDFT programmis

7. Kas teie olite teadlik, et [LAPSE NIMI] osaleb koos oma emaga pereteraapia programmis?
 - a. Kuidas see info teieni jõudis?
 - b. Oskate te öelda, mis perioodil pere teraapias osales?
8. Kuivõrd kaasas [LAPSE NIMI] MDFT terapeut teid mõnel moel teraapia protsessi?
 - a. Kas terapeut võttis teiega ühendust?
 - b. Kui jah, siis mis teemal või mis asjaoludel?
 - c. Kas leppisite kokku mõnes tegevustes, mida teie omalt poolt saate [LAPSE NIMI] või tema pere toetamiseks teha?
 - d. Kui jah, siis mis need tegevused olid?
 - e. Kui jah, siis kui edukalt õnnestus teil nende tegevuste elluviimine?
9. Kas teil oli [LAPSE NIMI] või tema emaga vestlusi pereteraapia teemadel?
 - a. Kui jah, siis millest rääkisite?

MDFT programmi suunamine *

* Küsida vaid juhul, kui spetsialist on olnud konkreetse pere ametlik MDFT teraapiasse suunaja

10. Mis põhjustel otsustasite [LAPSE NIMI] suunata MDFT programmi?
 - a. Juhul, kui otsuses osalesid ka teised, siis kuivõrd oli see üksmeelne otsus?
 - b. Kuivõrd oli teil selles osas kahtlusi?
 - c. Kui jah, siis millised need kahtlused olid?
11. Mida te sellel hetkel teadsite MDFT programmist?
 - a. Kust olite info saanud?
12. Milline oli [LAPSE NIMI] ja tema pere reaktsioon MDFT programmi suunamise osas?
 - a. Kuivõrd oli lapsel või perel selles osas vastumeelsust?
 - b. Mis võis teie arvates olla vastumeelsuse põhjuseks?

Tajutud muutused peale teraapiat

13. Kui te mõtlete [LAPSE NIMI] praeguse elu peale, siis mille poolest erineb see aasta tagusest?
14. Milliseid muutusi olete teie märganud [LAPSE NIMI] elus, sh:
- Kuivõrd on muutunud tema sõbrad?
 - Kuivõrd on muutunud tema vaba aja tegevused?
 - Kuivõrd on muutunud tema suhe kooliga ja õpetajatega?
 - Kuivõrd on vähem sekeldusi politseiga?
 - Kuivõrd on muutunud alkoholi ja teiste ainete tarvitamine?
 - Kuivõrd on paranenud suhted pereliikmetega?
15. Oskate te tuua mõnda näidet, mis enne teraapiat oli [LAPSE NIMI] elus ühtmoodi aga nüüd on teisiti?
- Näiteks selles, kuidas [LAPSE NIMI] teiste täiskasvanutega suhtleb
 - Näiteks selles, kuidas [LAPSE NIMI] pereliikmetega suhtleb
 - Näiteks selles, kuidas [LAPSE NIMI] oma vaba aega veedab
 - Näiteks selles, mida [LAPSE NIMI]-le teha meeldib
 - Näiteks selles, mida [LAPSE NIMI] mõtleb oma tulevikust
 - Näiteks selles, et [LAPSE NIMI] oskab nüüd midagi, mida ta varem ei osanud
16. Oskate te tuua mõnda näidet, mis enne teraapiat oli [LAPSE NIMI] ema elus ühtmoodi aga nüüd on teisiti?
- Näiteks selles, kuidas ta [LAPSE NIMI]-ga suhtleb
 - Näiteks selles, kuidas ta suhtub teistesse inimestesse
 - Näiteks selles, milline on tema eluviis
 - Näiteks selles, et te oskab nüüd midagi, mida ta varem ei osanud

Juhtumi üldistamine

17. Mille poolest oli [LAPSE NIMI] juhtum sarnane teistele käitumisprobleemidega laste juhtumitele, millega olete kokku puutunud?
18. Mille poolest oli [LAPSE NIMI] juhtum erinev teistest käitumisprobleemidega laste juhtumitest, millega olete kokku puutunud?

