

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Carmen-Ly Truu
Psühhoteraapia kasutamise kogemus kliendi vaatest
Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Jooksev peakiri: Kliendi psühhoteraapia kogemus

Tartu 2022

Psühhoteraapia kasutamise kogemus kliendi vaatest

Kokkuvõte

Käesolevas töös uuriti, milliseid teraapiateenuseid inimesed saavad, kui suur on nende hulgas tõenduspõhiste meetodite osakaal ja kuidas on kliendid teraapiaga rahule jäänud. Uuring viidi läbi küsimustiku abil, mis koosnes nii valikvastustega kui ka avatud küsimustest. Valimi moodustasid 190 vastajat, kellest 86% olid naised ja 14% mehed. Küsimustik sisaldas 32 küsimust teraapia kogemuse kohta ning seda jagati Facebook'i gruppides ja avaliku postitusena. Leiti, et 95,7% vastajatest on saanud tõenduspõhist psühhoteraapiat. Teraapiat ja teraapia ja ravimite koosmõju tulemuslikkust hinnati kõrgemalt kui ainult ravimite kasutamist. Avatud küsimustega saadi teada, et klientidele on oluline abistaja professionaalsus, põhjalikkus ja sõbralikkus, kuid psühholoogilise abi murekohtadeks on teenuse hind ja vastuvõtuaegade vähesus.

Märksõnad: psühhoteraapia, kliendikogemus

Experience of using psychotherapy from the client's point of view

Abstract

The present study examined, which therapy services people receive, the proportion of evidence-based methods among them and how clients are satisfied with therapy. The survey was conducted using a questionnaire, consisting of multiple-choice and open questions. The sample consisted of 190 respondents, of whom 86% were women and 14% were men. The questionnaire contained 32 questions about the therapy experience and it was shared in Facebook groups and as a public post. It was found that 95,7% of the respondents have received evidence-based psychotherapy. The effectiveness of therapy alone and therapy and drugs together were rated higher than the use of drugs alone. Open questions revealed that the professionalism, thoroughness, and friendliness of the therapist are the most important to the clients, but the price of service and the lack of appointments are a concern.

Keywords: psychotherapy, client experience

Sissejuhatus

2017. aasta andmetel on kogu maailmas olnud mõni vaimse tervise häire 10,7% elanikkonnast (Dattani jt, 2018) ning Eestis 13,2% elanikkonnast (Terviseinfo.ee, 2020). Tervise Arengu Instituudi andmetel diagnoosisid 2019. aastal psühhiaatrid kokku 23 640 uut psühhiaatrilist haigusjuhtu ning konsulteeriti 94 603 inimest (Terviseinfo.ee, 2020). *Epidemiological Catchment Area* (Robins jt, 1984) ja *National Comorbidity* uuringu (Kessler, 1994) hinnangul on ühe aasta jooksul 30% täiskasvanutest diagnoositav psüühikahäire.

Vaimse tervise probleemide korral on levinud ravimeetodiks psühhoteraapia. Psühhoteraapia on definitsiooni järgi teadlik raviprotsess, mille käigus aidatakse kliendil igapäevaeluga paremini toime tulla, tegeletakse trauma mõjutustega, kaotusvaluga või psüühilise häire raviga nagu ärevus või depressioon (Parekh ja Givon, 2019). Psühholoogid, psühhiaatrid ja sotsiaaltöötajad võivad psühhoteraapiat läbi viia lastele, noorukitele ja täiskasvanutele individuaalselt, rühmades, paarides ja pereteraapia vormis (Parekh ja Givon, 2019). Teraapia võib olla lühi- või pikaajaline ning teraapiaseansside vajadus pannakse paika kliendi ja terapeudi koostöös (Parekh ja Givon, 2019). Eesti Psühhoteraapia Assotsiatsiooni andmetel eksisteerib maailmas umbes 400 erinevat psühhoteraapia suunda, millest peamised tõenduspõhised koolkonnad on kognitiiv-käitumisteraapiad, psühhodünaamilised, humanistlikud, pereteraapiad ja integreeritud teraapiad (Cook jt, 2017). „Tõenduspõhise psühhoteraapia eesmärk on edendada tõhusat psühholoogilist praktikat ja edendada rahvatervist, rakendades empiirilisel toetatud psühholoogilise hindamise, haigusjuhtude formuleerimise, terapeutilise suhte ja sekkumise põhimõtteid“ (APA, 2006).

Tervishoiukulutused kasvavad aasta-aastalt ning selleks, et tõhusat abi pakkuda, on oluline teada, kuidas abivajajad ise hindavad psühhoteraapia tõhusust (Terviseinfo.ee, 2020). Psühhoteraapia toimimise uurimiseks kasutatakse tõhususe ja efektiivsuse meetodeid. Efektiivsuse uuringud toimuvad ideaalsetes või kontrollitud tingimustes, kuid tõhususe uuringud toimuvad tavalistel kliinilistel tingimustel ehk päris keskkonnas (E. Burches ja M. Burches, 2020). Seligman (1995) arvas, et efektiivsuse (*ingl k effectiveness*) uuring on vale meetod psühhoteraapia hindamiseks ja tõhususe (*ingl k efficacy*) uuringud on parim viis uurida psühhoteraapia toimimist.

Efektiivsuse uuring jätab välja palju olulisi elemente, mis toimub päriselt teraapias ja see mõjutab tulemusi (Seligman, 1995). Viidatud artiklis toob autor välja loetelu nendest teguritest. Näiteks, toob ta välja, et psühhoteraapial ei ole kindlat ajalist kestust, kuid uuringutes on see

enamasti piiratud 12 seansiga. Kui tavapärasel seanssidel kohandatakse psühhoterapia tehnikaid vastavalt kliendi vajadustele, siis uuringus seda uuringutingimuste tõttu teha ei tohi. See omakorda viib uuringust väljalangemiseni ning seetõttu peegeldavad uuringud sageli vaid nende klientide tulemusi, kellele rakendatav meetod sobib. Tavatingimustes võib patsientidel olla mitu probleemi, aga uuringu korral käsitletakse vaid 1-2 probleemi. Psühhoterapia keskendub üldise toimimise parandamisele, ent uuringus keskendutakse tavaliselt vaid konkreetse probleemi sümptomite kõrvaldamisele.

1995. aastal viis Seligman ajakirja *Consumer Reports* kaudu läbi psühhoterapia tõhususe uuringu selle lugejate seas (Seligman, 1995). *Consumer Reports* on organisatsioon, mis tegeleb toodete testimise, uuriva ajakirjanduse, tarbijale suunatud teadusuuringute, avaliku hariduse ja tarbijakaitsega. *Consumer Reports* uuringu eesmärk oli mõõta päriselu kogemusi, millest tuleneb ka käesolev uuring. *Consumer Reports* lugejatel paluti vastata küsimustikule emotsionaalsete probleemide kohta, mida nad on teinud, et abi saada ja kuidas jäädi rahule saadud abiga (Kotkin jt, 1996).

Uuringus mõõdeti kolme aspekti: (a) spetsiifiline paranemine ehk kui palju teraapia aitas selle probleemi puhul, millega pöörduti; (b) rahuolu ehk kuidas jäädi rahule teraapiaga ja terapeutiga; (c) üldine paranemine ehk kuidas on üldiselt paranenud enesetunne võrreldes ravi algusega. Kõiki neid alaskaalasid hinnati võrdselt 0-100 skaalal.

180 000 lugejat said küsimustiku, mille vaimse tervise osa paluti täita kõigil, kellel on viimase kolme aasta jooksul olnud stress või emotsionaalsed probleemid, mille korral tuli pöörduda kas sõprade, sugulaste, psühholoogi, psühhiaatri, perearsti või tugigrupi poole (Seligman, 1995). Küsiti erinevaid küsimusi terapeudi, probleemi, emotsionaalse seisundi, hinna ja terapeudi kompetentsi kohta. Samuti uuriti, kuidas jäädi teraapiaga rahule. Vastajaid oli 22 000 ja neist 7000 vastas vaimse tervise küsimustele. Vastajad olid kõrgharitud, valdavalt keskklass, umbes pooled olid naised ja mediaanvanus oli 46. 7000-st 3000 oli rääkinud vaid sõprade või sugulastega, 4100 pöördusid arsti poole. Nendest 4100-st 2900 otsisid abi professionaalilt: psühholoogidelt (37%), psühhiaatritelt (22%), sotsiaaltöötajatelt (14%) ja abielunõustajatelt (9%). Ülejäänud vaimse tervise spetsialistidelt 18%. 1300 liitusid eneseabi grupiga ja umbes 1000 pöördusid perearsti poole.

Kõige sagedasemad probleemid olid depressioon, ärevus, tuju langus, probleemid pereliikmetega ja tööprobleemid (Kotkin jt, 1996). Enamik vastajatest tundis ennast peale ravi paremini. 426-st end testi alguses väga kehvasti tundnud inimesest 87% tundis end testi lõpus

paremini. 786-st vastajast, kes tundsid end alguses üsna halvasti, tundsid peale ravi end paremini 92% (Seligman, 1995). Pikaajaline teraapia ei aidanud oluliselt rohkem kui lühiajaline teraapia. 7 kuu kuni 2 aasta pikkuse keskmise paranemise tulemus jäi umbes 220 punkti juurde ja üle 2 aasta kestva teraapia korral oli tulemus peaaegu 240 (Seligman, 1995). Erinevus puudus, kui psühhoteraapia oli ainuke raviviis või kui psühhoteraapiat ja ravimeid kasutati samaaegselt. Osade uuringute põhjal on jõutud järeldusele, et depressiooni korral on psühhoteraapia parem kui ravimite võtmine (Antonuccio jt, 1995). Tulemusi võib erinevalt põhjendada – ravimid ei ole efektiivsed, ravimid võivad olla kasulikud vaid teatud juhtudel või need, kes saavad ravimit ei usu nii palju teraapiasse (Kriegman, 1996). Kui psühholoogid, psühhiaatrid ja sotsiaaltöötajad aitasid kõik sama hästi patsiente, siis abielunõustajad nii head tulemust ei saanud. Perearstid said lühiajaliselt sama hästi hakkama kui vaimse tervise spetsialistid, kuid pikaajaliselt olid tulemused halvemad. Spetsialistid aitasid üldiselt paremini pikaajaliselt: stressiga toimetulek, rohkem elust rõõmu tundmine, eneseareng ja teadlikkus, enesehinnang ja enesekindlus (Seligman, 1995). Üheselt ei saa vastata küsimusele, kas psühhoteraapia aitab paremini kui näiteks sõpradega rääkimine, küll aga saab öelda, et teraapia aitab leevendada sümptomeid ja üldiselt lahutakse sealt paremas seisus (Seligman, 1995).

Tõhususe uuringud näitavad, et patsiendid said oluliselt kasu psühhoteraapiast, pikaajaline ravi oli tõhusam kui lühiajaline ja psühhoteraapia üksi ei erine efektiivsuse poolest ravimite ja psühhoteraapia koos kasutamisest. Patsientidel, kelle ravi oli lühem või kellel oli terapeudi valik piiratud, läks halvemini (Seligman, 1995). Uuringud on korduvalt näidanud, et inimesed, kes madalpunktis teraapiasse lähevad, saavad peaaegu alati abi (Mintz jt, 1996). Kui teraapiast on kasu, siis ei ole oluline, kas see aitab probleemide korral, millega teraapiasse pöörduiti või parandab üldist heaolu (Hollon, 1996).

Uurimistöö eesmärk ja olulisus

Eestis on tõhususe ja efektiivsuse uuringuid vähe ja päris ülevaatlikku uuringut ei olegi. Eesti kohta ei ole teada, kuhu inimesed pöörduvad ja milliseid psühholoogilise abi vorme kasutavad. Eesti vaimse tervise teenuseid on kaardistatud ja on kirjeldatud teenuste süsteemi, kuid ei ole uuritud psühhoteraapiat klientide vaatest. Bogdanovi ja Perteli 2011. aasta uuringus toodi välja, et oleks vaja koostada vaimse tervise poliitika, kuna puudub terviklik süsteem, mis võimaldaks jälgida tõhusalt vaimse tervise seisut. Antud uuringu järgi on vaimse tervise teenuste suurimaks probleemiks vajadustest lähtuv teenuste kättesaadavus ning oluline oleks korraldada süsteem abivajava inimese vajadustest lähtuvalt (Bogdanov ja Pertel, 2011). 22. aprillil 2021 sai valitsuse poolt heakskiidu vaimse tervise roheline raamat, milles seatakse eesmärgiks panustada

senisest enam vaimse tervise probleemide ennetusse, varajasse avastamisse ja õigeaegse kvaliteetse abi kättesaadavusse kõikjal Eestis (Sotsiaalministeerium). Eesmärk on suurendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust ning parandada teenuste korraldust ja kvaliteeti (Sotsiaalministeerium).

Käesoleva uurimistö eesmärk on saada ülevaade Eestis kasutatavate teraapiavormide, nendega rahulolu kohta ning saada teada, milline on Eesti tarbija puhul tõenduspõhise psühhoteraapia teenuse osakaal. Uuring on kogemuspõhine ehk uuritakse, milline on inimeste subjektiivne hinnang ja kogemus. Uuringu väljund on kasulik vaimse tervise poliitikale, sest kliendi kogemust uurides saame väärtuslikku sisendit kliendi vajaduste kohta psühholoogilise abi teenuste osas.

Uurimisküsimused

- Milliseid teraapiavorme (koolkonnad, meetodid) Eestis kasutatakse?
- Kuidas ollakse rahul saadud psühhoteraapiaga/erinevate psühhoteraapia vormidega?
- Kui suur osakaal on tarbitud teenuse hulgas tõenduspõhisel psühhoteraapial?

Meetod

Valim

Eesmärk oli koguda vähemalt 200 vastust, millest kokku saadi 190. Uuringu läbiviimiseks taotleti eetikakomitee luba ning seejärel katsetati küsimustikku 5 inimese peal enne avaliku postituse tegemist. Kuna 190-st vastusest kaks olid vastanud, et ei ole teraapias käinud, siis kokkuvõtte tehti 188-st vastusest. Poolikuid vastuseid oli 229, mis võis tuleneda sellest, et küsimustikule oodati vastama vaid inimesi, kes on saanud psühhoteraapiat, kuid uuringu avasid ka need, kes ei ole teraapias käinud. Täisvastustest olid 86% naised ja 14% mehed ning keskmine osalejate vanus oli 32,87 aastat. Vastajaid oli bakalaureusekraadiga (29,47%), magistrikraadiga (24,21%), keskharidusega (17,89%), lõpetamata kõrgharidusega (17,89%), põhiharidusega (4,74%), kutseharidusega (3,68%) ja doktorikraadiga (2,11%).

Protseduur

Uuringu läbiviimiseks koostas autor eespool kirjeldatud uuringu põhjal LimeSurvey platvormil küsimustiku ning levitas seda Facebooki kaudu avaliku postitusena, paludes inimestel küsimustikku edasi jagada. Autor jagas postitust kolme nädala jooksul igal nädalal uuesti, et jõuda võimalikult paljudeni. Autor jagas uuringut järgnevates Facebooki gruppides: Psühholoogiahuvilised, Teraapiatuba ja Tervis. Küsimustik koosnes 32-st küsimusest ja oli suures osas struktureeritud, kuid kasutati ka avatud küsimusi, mille kaudu on parem inimeste subjektiivset arvamust uurida. Küsimustikus uuriti, milliste emotsionaalsete probleemidega pöördusid abivajajad teraapiasse, millist teraapiat on saanud ja kuidas saadud abiga rahule jäädi. Peale andmete kogumist teostas autor andmeanalüüsi ja koostas graafikud.

Eetika

Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Vastuseid kasutatakse vaid üldistatud kujul ja soovi korral oli võimalik küsimustiku täitmine igal hetkel pooleli jätta. Selleks, et tagada vastajate anonüümsus oli veebiküsimustikku täites välja lülitatud IP-aadressi salvestamine ja vastajate isikuandmeid ei küsitud.

Andmeanalüüs

Kasutasin avatud vastuste kategoriseerimiseks ja andmete analüüsimiseks Microsoft Excelit. LimeSurvey platvormilt on võimalik vastused alla laadida Exceli failina. Selleks, et uurida seoseid valisin andmete hulgast vaid need vastused, mida tahtsin võrrelda ning teostasin andmeanalüüsi Excelis. Avatud vastuste puhul süstematiseerisin vastused vastavalt sisule kategooriatesse ja selle põhjal kirjutasin välja tulemused.

Tulemused

Esitasin valikvastustega küsimuse probleemide kohta, millega teraapiasse pöörduiti. Uuringust selgus, et peamised põhjused, millega teraapiasse pöörduiti olid nii meeste kui ka naiste puhul depressioon (34,7%) ja ärevus (22,1%). Teraapiasse pöörduiti ka stressi (8,4%), abielu, seksuaalelu, laste või pere probleemide (5,8%) ja leina tõttu (2,6%) ning töö (2,1%) ja kaalu pärast (1,1%).

Lisaks sellele vastasid 17,4% midagi muud. Nende hulgas vastas 4 osalejat, et probleemiks oli aktiivsus-tähelepanu häire (edaspidi ATH). Lahutust, läbipõlemist ja lapsepõlvetraumaga tegelemist mainisid 3 osalejat. Põhjuseks olid ka bipolaarne häire, identiteedikriis, emotsionaalne vägivald, kaassõltuvus, paanikahäired, suhte probleemid, toitumishäired ja füüsiline vägivald.

Meeste puhul olid peale depressiooni ja ärevuse veel probleemideks abielu või seksuaalelu ja stress (Tabel 1). Naiste puhul olid lisaks depressioonile ja ärevusele probleemideks stress, lapsed või pere, abielu või seksuaalelu, töö ja kaal (Tabel 1).

Tabel 1. Peamine probleem, millega spetsialisti poole pöörduiti.

| Probleem | Mehed | | Naised | |
|-----------------------------------|-------|------|--------|------|
| | n | % | n | % |
| Depressioon | 11 | 42,3 | 55 | 33,5 |
| Ärevus | 9 | 34,6 | 33 | 20,1 |
| Stress | 1 | 3,8 | 15 | 9,1 |
| Lapsed või pere | 0 | 0,0 | 11 | 6,7 |
| Abielu või seksuaalelu probleemid | 2 | 7,7 | 9 | 5,5 |
| Töö | 0 | 0,0 | 4 | 2,4 |
| Kaal | 0 | 0,0 | 2 | 1,2 |
| Muu | 3 | 11,5 | 30 | 18,3 |

Märkus: "Muu" alla käivad ATH, lahutus, suhete probleemid, läbipõlemine, traumad, emotsionaalne ja füüsiline vägivald.

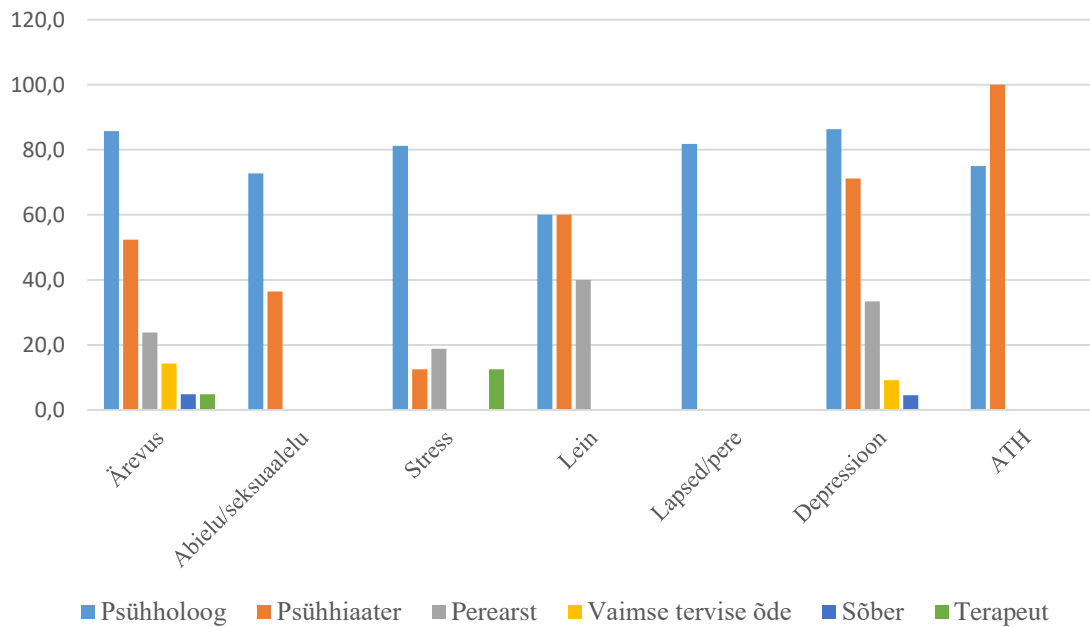
Esitasin avatud küsimuse, millega soovisin teada saada, milliste ootustega teraapiasse pöörduakse (Tabel 2). Üldiselt pöörduiti teraapiasse ootusega lihtsalt abi saada (14,4%). Vastustest oli näha, et paljud ei saanud ise täpselt aru, milles on probleem ja seetõttu pöörduiti teraapiasse (12,8%). Samas oli palju neid, kes teadsid, millega neil abi oleks vaja. Kuna peamised probleemid, millega teraapiasse pöörduiti olid valdavalt depressioon ja ärevus, siis ootus oligi nende probleemidega abi saada (19,1%). Tihtipeale taheti aru saada probleemi tekkepõhjusest ja sellega otsiti abi spetsialistilt (5,6%). Vastati, et soovitakse toetust ja mõistmist, et keegi saaks aru, kui tõsine on probleem (12,2%). Samas oli ka vastajaid, kes ei osanud ootusi seada (4,3%). Vastustest paistis, et on inimesi, kes saavad aru, et nad saavad ainult ise ennast aidata ja soovivad professionaalset abi, et osata ennast edaspidi aidata ja oma eluga paremini toime tulla. Vastajate seas oli ka neid, kes tahtsid saada lahti enesetapumõtetest (2,7%). Tihtipeale ei osatud oodata rohkemat, kui lihtsalt eluga paremini hakkama saamist ja leevendust probleemidele.

Tabel 2. Ootused psühhoterapiasse pöördudes.

| Ootus | n |
|------------------------------------|----|
| Abi saamine | 29 |
| Ärevusega toimetulek | 21 |
| Saada selgust toimuvast | 24 |
| Eluga paremini hakkama saamine | 20 |
| Toetus, mõistmine | 23 |
| Depressioonist välja tulemine | 15 |
| Tekkepõhjusest aru saamine | 11 |
| Ei olnud ootusi | 8 |
| Kuidas oma probleemiga toime tulla | 8 |
| Professionaalne abi | 5 |
| Enda analüüsimine | 5 |
| Enesetapumõtetest lahti saamine | 5 |

Osalejatelt küsiti, kellelt nad on abi küsinud ja küsimuse juures oli vastajatel võimalik valida mitu vastusevarianti. 83,2% vastajatest on küsinud abi psühholoogilt ja 50,5% on pöördunud ka psühhiaatri poole. Pöörduiti ka perearsti, nõustaja või erinevate terapeutide poole. Abi küsiti ka perearstilt (24,2%), vaimse tervise õelt (8,4%), sotsiaaltöötajalt (3,2%), tugigrupist või

kriisiliinilt (2,1%). 21,1% vastas, et abi küsiti kelleltki teiselt, näiteks terapeutilt või holistiliselt terapeutilt. Mõned pöördusid esimese asjana sõbra poole või peaasi.ee psühholoogide poole. Veel küsiti abi pereterapeutilt, muusikaterapeutilt, konstelloörilt, psühhoanalüütikult, suhteterapeutilt, sõltuvusnõustajalt, tööpsühholoogilt või kristlikult tugigrupilt. Jooniselt 1 on näha, et üldiselt pöörduiti olenemata probleemist psühholoogi või psühhiaatri poole.

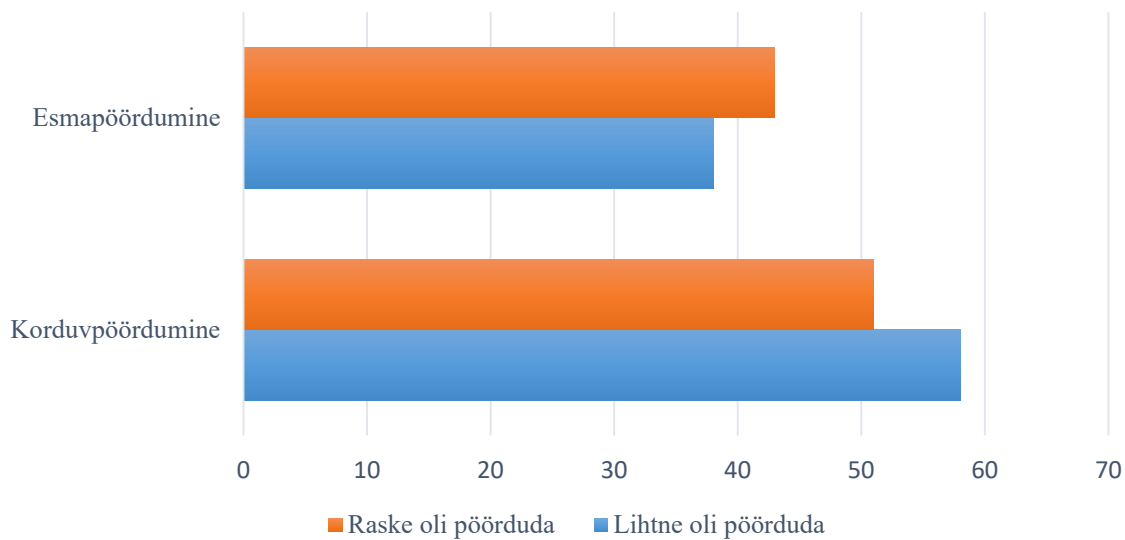


Joonis 1. Abi küsimine erinevate probleemide korral.

Umbes poolte (57,4%) jaoks oli teraapiasse pöördumine lihtne. Jooniselt 2 on näha, et see kui lihtne või raske oli pöörduda spetsialisti poole ei sõltunud sellest, kas varasemalt oli pöördutud või mitte.

Vastajatel paluti kirjeldada, mis tegi pöördumise lihtsaks või raskeks. Lihtsaks tegi pöördumise see, et saadi aru, et vajatakse abi (11%) ja usuti, et spetsialistid suudavad aidata (7,3%). Mitmel korral mainiti, et lihtne oli pöörduda, kui sai aja broneerida veebis ja ei pidanud kellelegi helistama (3,7%). Mõned said soovitusena psühhiaatril või tuttavalt ja lihtne oli abi küsida, kui juba teati, kuhu oma murega pöörduda (15,6%). Kõige sagedasemad vastused, miks teraapiasse oli raske pöörduda, olid teenuse hind (21%) ja vastuvõtuaegade vähesus (37%). Tihtipeale valmistas muret hea psühholoogi leidmine (21%). Kuna valikuid on palju, siis ei osata hinnata, kelle poole oleks õige oma murega pöörduda ja kas valitud psühholoogiga koostöö sobib. Kirjutati, et raske on leida adekvaatset infot spetsialistide kohta. Lisaks sellele oli teraapiasse

raske pöörduda, kuna vahel ei taheta oma probleemi tunnista või arvatakse, et peab ise kõigea hakkama saama (19,8%).



Joonis 2. Teraapiasse pöördumise lihtsus olenevalt varasemast kokkupuutest spetsialistiga.

Psühhoteraapiasse pöördumine oli üldiselt vastajate enda otsus (79%), kuid mõned pöördusid teiste soovitusel (13,2%). 6,8% pöördus algselt teiste survele, kuid hiljem kasvas see enda sooviks ja 1,1% pöördus teiste survele. Paljudel oli toeks pere (63,7%) või sõbrad (67,9%). Abiks oldi emotsionaalselt toeks olles (19,5%), kuulates (15,2%) ja huvi tundes (8,5%). Kirjutati, et üldiselt on vaja lihtsalt, et keegi kuulaks ilma hukka mõistmata, kuna rääkimine aitab selgust saada ja vastuseid leida. Mõni ütles, et sõbrad või pere julgustasid abi otsima ja suunasid endaga tegelema (8,5%). Mitmed arvasid, et abi on ka sellest, kui saab oma mõtteid jagada, probleeme arutada ja rääkida kellegagi sellest, mida teraapias tehti (9,8%). Oluliseks peeti rääkimist kellegagi, kellel on sarnane kogemus, kuna siis tekib tunne, et ei olda oma probleemiga üksi.

Psühhoterapeuti valiti erinevalt – guugeldati (34,2%), küsiti soovitusi tuttavatelt (31,1%), võeti vastu lihtsalt esimene pakkumine (27,9%), lähtuti sellest, kuhu kõige kiiremini aeg saadi (23,7%) või lähtuti psühhoteraapia koolkonnast (21,1%). Mõned rääkisid teiste selle terapeudi juures varem käinud klientidega (6,3%) või lähtusid tunnitasu suuruselt (7,9%). 42,6% ei uurinud teiste terapeutide kohta, 34,2% uuris erinevate terapeutide kohta enne pöördumist, 13,7% uuris erinevate meetodite ja koolkondade kohta enne pöördumist ja 9,5% uuris teisi võimalusi teraapias käies.

Enamik vastajatest (96,8%) sai psühholoogilist abi individuaalselt. 8,9% käis teraapias perega, 6,8% grupiteraapias ja 5,3% käis teraapias partneriga. Suurem osa vastajatest sai psühholoogilist nõustamist ja kognitiiv-käitumisteraapiat. Veel saadi pereteraapiat, psühhoanalüütilist teraapiat, psühhodünaamilist teraapiat, paarisuhteteraapiat, geštalt teraapiat, psühhodraamat, eksistentsiaalset psühhoteraapiat, holistilist teraapiat, skeemiteraapiat ja muusikateraapiat.

73,2% vastajatest sai abi selle probleemiga, millega pöörduti, kuid tõusis ka enesehinnang (59%), paranes stressiga toimetulek (57,9%), üldine meeleolu (54,7%), suhted teistega (49%), eluga rahuolu (45,8%) ja 23,7% vastas, et paranes ka produktiivsus. 3,7% vastas, et ei saanudki abi ja oli inimesi, kes õppisid ennast analüüsima, said abi söömishäiretega või said selgust probleemide tekkepõhjustes.

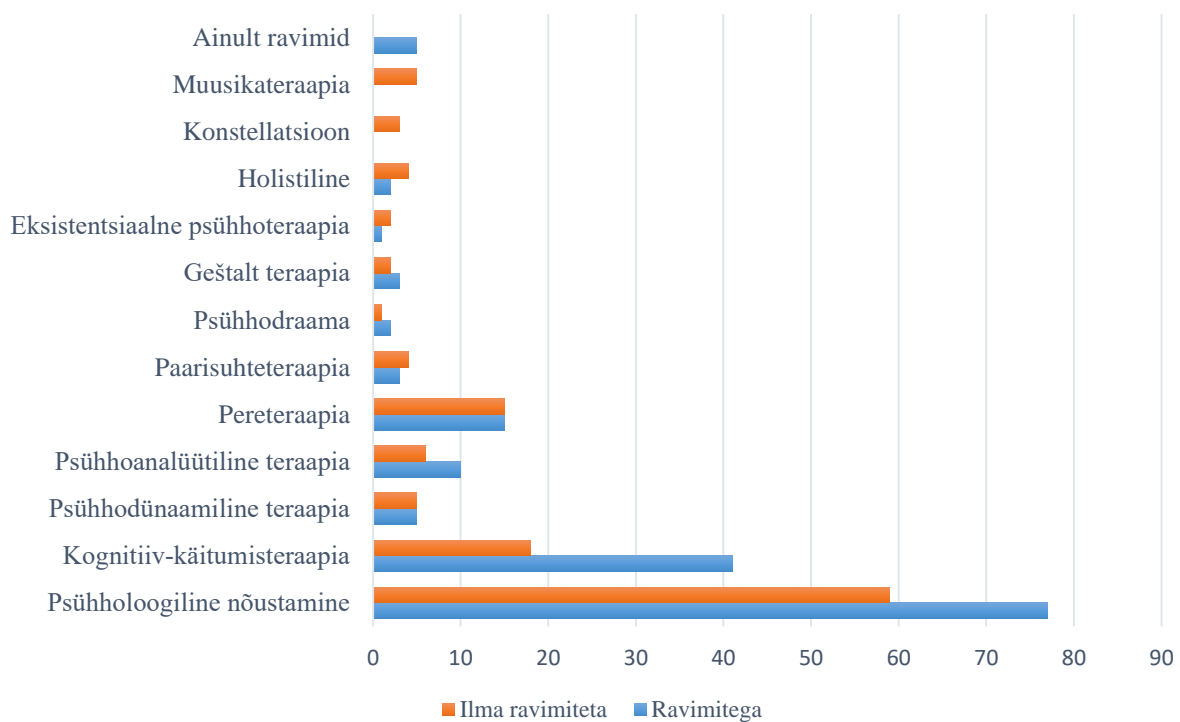
Üle poolte vastajatest (57,4%) tundis, et teraapias käimine aitas neid väga ning tegi asjad palju paremaks. Abi järele pöördudes hindasid osalejad oma emotsionaalset seisundit viie palli skaalal keskmiselt hindegaga 2,4. Praegust seisundit hinnati keskmiselt hindegaga 3,9. Üldiselt hinnati psühholoogilist abi viie palli skaalal keskmiselt hindegaga 4,0. Tabelis 3 on näha, et kõige kõrgemalt hinnati geštalt teraapiat, muusikateraapiat, psühhodünaamilist teraapiat ja psühhoanalüütilist teraapiat. Ravimite, konstrellatsioonide ja hüpnooteraapiaga rahulolu hinnati madalamalt, millest kõige vähem oldi rahul ainult ravimite kasutamisega.

Tabel 3. Teraapiavormid ja rahulolu teraapiaga.

| Teraapiavorm | Hinne | Mitu % vastajatest on teraapiat saanud? |
|----------------------------------|-------|---|
| Geštalt teraapia | 4,6 | 2,7 |
| Muusikateraapia | 4,6 | 2,7 |
| Psühhodünaamiline teraapia | 4,5 | 5,3 |
| Psühhoanalüütiline teraapia | 4,5 | 9,5 |
| Pereteraapia | 4,3 | 16,0 |
| Psühhodraama | 4,3 | 1,6 |
| Holistiline regressiooniteraapia | 4,2 | 3,2 |
| Paarisuhteteraapia | 4,1 | 3,7 |
| Skeemiteraapia | 4,0 | 1,6 |
| Kognitiiv-käitumisteraapia | 4,0 | 31,4 |
| Psühholoogiline nõustamine | 3,9 | 72,3 |

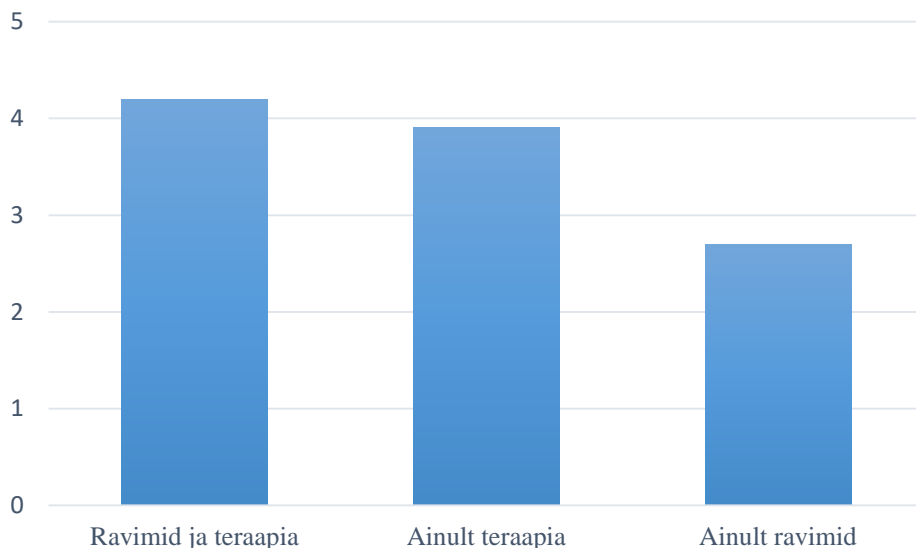
| | | |
|---------------------------|-----|-----|
| Eksistentsiaalne teraapia | 3,7 | 1,6 |
| Hüpnooteraapia | 3,5 | 1,0 |
| Konstellatsioon | 3,3 | 1,6 |
| Ainult ravimid | 2,6 | 2,7 |

Umbes pooled (52,6%) uuringus osalejatest tarvitasid teraapiaga paralleelselt ka ravimeid. Osalejad, kes tarvitasid paralleelselt ravimeid said üldiselt kõrvale psühholoogilist nõustamist või kognitiiv-käitumisteraapiat (Joonis 3). 5 vastajat, kes tarvitasid ravimeid, ei saanud kõrvale ühtegi teraapiat.



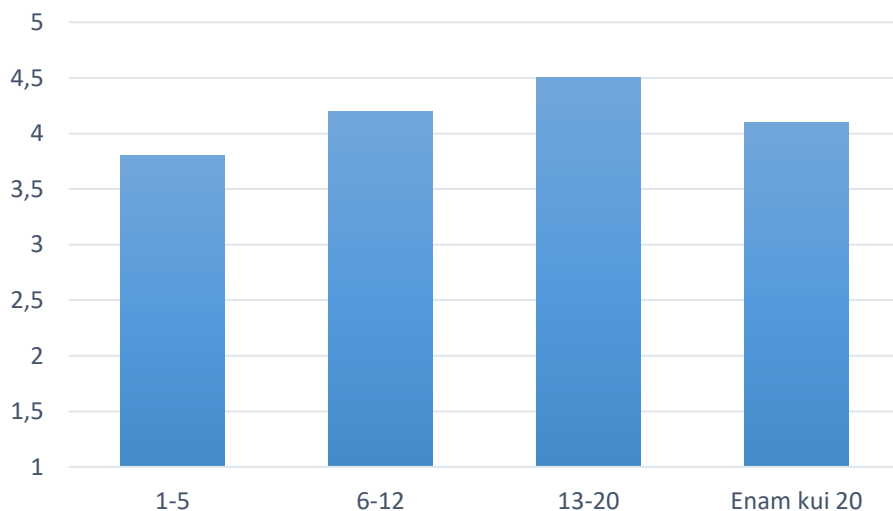
Joonis 3. Ravimite kasutamine ja saadud teraapia.

Vastajad, kes on saanud teraapiat ja tarvitanud paralleelselt ravimeid hindasid abi tulemuslikkust keskmiselt hindegaga 4,2 (Joonis 4). Vastajad, kes said ainult teraapiat hindasid hindegaga 3,9 ja ainult ravimite tarvitamist hinnati hindegaga 2,7.



Joonis 4. Teraapia ja ravimite abi tulemuslikkus.

Ajaperiood, mille jooksul vastuvõttudel käidi, oli vastajatel erinev – 34,2% käis teraapias 1-6 kuu vältel ja 21,6% rohkem kui 2 aasta vältel. Kohtumisi toimus 37,4%-l osalejatest 1-5 korda ja 30,5%-l osalejatest 6-12 korda, enam kui 20 kohtumist toimus 23,2%-l vastajatest. Jooniselt 5 on näha, et abi tulemuslikkus ei sõltunud eriti vastuvõttude arvust, küll aga hinnati vähemate seansside korral abi saamist madalama hindega.



Joonis 5. Vastuvõttude arv ja abi tulemuslikkus.

30% vastajatest lõpetas teraapias käimise, kuna probleem sai lahenduse ja 31,1% ei olnud vastuvõttudel käimist lõpetanud. Teraapias käimine lõpetati ka, kuna tunti, et edasine abi ei

aitaks rohkem (9,5%), rahalistel põhjustel (6,8%), arvati, et terapeut ei ole kompetentne (4,7%) ja kuna terapeut soovitas lõpetada (3,2%).

Osalejatelt küsiti valikvastustega küsimus, milliseid tegevusi psühhoterapeut teraapiat alustades järgis. Uuriti, mida oleks kliendid veel tahtnud enne teraapia algust teada. Tabelist 4 on näha, et psühhoteraapiat alustades küsis terapeut kliendilt varasemate probleemide ja raskuste kohta, tutvustas psühhoteraapia toimumise sagedust ja kestust, viis läbi hindamisprotseduure, jagas informatsiooni kohtumiste tasu suuruse ja maksmise tingimuste kohta, rääkis oma kvalifikatsioonist ja väljaõppest ning oma senisest töökogemusest. Uuringust selgus, et rohkem oleks tahtnud teada teraapia protsessi kohta, et milline on raviplaan ja mis on eesmärk. Oleks tahtnud teada, mida teraapiast üldse oodata, ja mis on kliendi ülesanne selles protsessis, et kuidas teraapiast kõige rohkem kasu oleks. Terapeut oleks võinud alguses mainida, et ise tuleb palju vaeva näha, võib olla tagasikukkumisi ja tulemuse nägemine võib võtta aega. Samuti mainiti, et terapeut oleks võinud oma taustast rohkem rääkida, milline on tema kogemus ja kompetents. Oleks tahtnud teada, milliseid erinevaid võimalusi üldse on olemas ja põhjalikumalt teada kasutatava meetodi kohta. Terapeut oleks võinud rääkida, et alati on võimalik terapeuti vahetada ja see on täiesti normaalne.

Tabel 4. Psühhoterapeudi tegevused teraapiat alustades.

| Psühhoteraapiat alustades | Arv | Protsent |
|--|-----|----------|
| Küsis terapeut ka varasemate probleemide ja raskuste kohta (nt elu jooksul esinenud traumade kohta) | 152 | 80,0% |
| Tutvustas terapeut teile psühhoteraapia toimumise sagedust ja kestust | 117 | 61,6% |
| Viis terapeut läbi hindamisprotseduure (palus teil täita teste, uuris põhjalikult teie probleemi või häiret jms) | 106 | 55,8% |
| Jagas terapeut teile informatsiooni kohtumiste tasu suuruse ja maksmise tingimuste kohta | 83 | 43,7% |
| Rääkis terapeut teile oma kvalifikatsioonist ja väljaõppest | 76 | 40,0% |
| Rääkis terapeut teile oma senisest töökogemusest | 66 | 34,7% |

Osalejatel paluti vastata valikvastustega küsimusele, kuidas nägi välja teraapia. Suurem osa vastajatest soovis teraapia käigus olla nii avatud kui võimalik, usaldas terapeuti, et ta päriselt tahab aidata ja küsis terapeudilt selgitusi, kui midagi segaseks jäi (Tabel 5). Üle poolte

vastajatest harjutas seansside vahel teraapias räägitut ja tegi koduseid ülesandeid. Alla poolte osalejatest on terapeudiga arutanud seansil tekkinud arusaamatusi või negatiivseid tundeid.

Tabel 5. Tegevused psühhoteraapia jooksul.

| Teraapia käigus | Arv | Protsent |
|---|-----|----------|
| Olete proovinud olla nii avatud kui võimalik | 178 | 93,68% |
| Olete usaldanud terapeuti, et ta päriselt tahab aidata | 157 | 82,63% |
| Olete küsinud terapeudilt lisaselgitusi, kui midagi jäi segaseks | 150 | 78,95% |
| Olete harjutanud seansside vahelisel ajal teraapias räägitut | 118 | 62,11% |
| Olete teinud koduseid ülesandeid | 113 | 59,47% |
| Olete arutanud terapeudiga seansil tekkinud arusaamatusi või negatiivseid tundeid | 91 | 47,89% |

Suurem osa vastajatest tundis, et abistaja oli väga kompetentne (59%) või üldiselt kompetentne (23,2%). 10% tundis, et terapeut tuli toime, 5,8% arvas, et pigem ei olnud kompetentne ja 2,1% arvas, et ei olnud üldse kompetentne.

Osalejatelt küsiti avatud küsimusena, mis neile teraapias meeldis. Teraapia juures meeldis vastajatele kõige rohkem, et terapeut oli sõbralik ja mõistev (37 vastajat), kuulas ja tundis huvi (26 vastajat), sai talle kõigest rääkida (39 vastajat) ja oli professionaalne (19 vastajat). Terapeudilt saadi erinevaid soovitusi, mida igapäevaselt parema enesetunde jaoks kasutada (13 vastajat). Oluline oli, et terapeut kuulaks ilma hukka mõistmata ja ei suruks oma lahendust peale, vaid aitaks kliendil lahenduseni ise jõuda. Veel meeldis vastajatele see, et sai neutraalsele isikule rääkida oma probleemidest ja terapeut aitas muresid teise nurga alt näha (23 vastajat). Üldiselt oli oluline, et teraapia oleks põhjalik, professionaalne ja kliendikeskne.

Osalejatelt küsiti avatud küsimusena, mis neile teraapias ei meeldinud. Peamised põhjused, mis tegid teraapias käimise ebameeldivaks olid hind (28 vastajat), kättesaadavus (16 vastajat) ja teraapias käimine on kurnav ja raske on oma probleemidest rääkida (27 vastajat). Mitmeid kordi mainiti, et terapeut ei võta probleemi tõsiselt ja abi on väga pealiskaudne mitte personaalne (29 vastajat). Lisaks pealiskaudsusele ei tekkinud usaldust ja see tegi oma probleemidest rääkimise raskeks (11 vastajat).

Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida, millist teraapiat Eestis saadakse, kui suur osakaal selle hulgas on tõendus põhistel sekkumistel ja kuidas on kliendid teraapiaga rahule jäänud.

Uuringust selgus, et Eestis kasutatakse mitmeid erinevaid psühholoogilise abi vorme, millest populaarsemad on psühholoogiline nõustamine, kognitiiv-käitumisteraapia, pereteraapia ja psühhoanalüütiline teraapia. Lisaks kasutatakse veel geštalt teraapiat, muusikaterapiat, psühhodünaamilist teraapiat, paarisuhteterapiat, holistilist regressiooniterapiat ja mõnel juhul ainult ravimeid. EPTA (n.d.) andmetel on tõendus põhised psühhoteraapia koolkonnad psühhodünaamilised, humanistlikud, kognitiiv-käitumuslikud teraapiad ja pereteraapiad. Selgus, et 95,7% vastajatest on saanud tõendus põhiseid psühhoteraapiat ja vähesed on saanud ka holistilist regressiooniterapiat, hüpnoteraapiat või konstellatsiooni teraapiat. Uuringust selgus, et Eesti inimesed kasutavad väga erinevaid teraapiavorme, mis võib tuleneda sellest, et vastuvõtuaegu on vähe ja seepärast otsitakse erinevaid võimalusi, kelle poole pöörduda.

Kotkini jt 1996. aasta artikli põhjal olid kõige sagedasemad probleemid depressioon ja ärevus, mis tuli välja ka käesolevast uuringust. Depressioon ja ärevus on kõige levinumad mured nii meeste kui ka naiste seas. Olenemata probleemist pööratakse üldiselt psühholoogi või psühhiaatri poole nagu selgus ka Seligmani 1995. aasta uuringust. Ilmselt ei osata enda murele sobivat psühhoteraapia meetodit kohe valida ja seetõttu pööratakse enamjaolt psühholoogi või psühhiaatri poole. Kõiki tõendus põhiseid teraapia vorme hinnatakse viie palli skaalal üle nelja. Enamik vastajatest tundis ennast peale ravi paremini, mis selgus ka Seligmani 1995. aasta uuringust. Kõige kõrgemalt hinnati geštalt teraapiat, muusikaterapiat, psühhodünaamilist teraapiat ja psühhoanalüütilist teraapiat ning kõige vähem oldi rahul ainult ravimite kasutamisega.

Üldiselt vastati, et abistaja oli kompetentne ja teraapia puhul meeldis vastajatele, et terapeut oli sõbralik, toetav, talle sai kõigest rääkida, tundis huvi ja ei mõistnud hukka. Samas oli teraapias negatiivseid pooli, mis muutsid teraapia kogemuse ebameeldivaks. Peamised murekohad olid teraapia hind, aegade vähesus, pealiskaudne abi, probleemi ei võeta tõsiselt, ja et teraapias käimine on kurnav. Teraapia hindade muutmine ja vastuvõtu aegade lisamine on keeruline probleem, sest kutsega psühholoogidest on puudus. Kuna psühholooge on vähe, siis ei satu kõik abivajajad professionaali juurde, seega võib olla ka pealiskaudsust keeruline parandada. Psühholoogide puuduse üheks põhjuseks võib olla kutse aasta rahastamise ebastabiilsus. Tartu

Ülikooli kliinilise psühholoogia kutseaasta ja Tallinna Ülikooli koolipsühholoogia kutseaasta sõltuvad riiklikest rahastusotsustest.

Abi tulemuslikkust hinnati sama kõrgelt, kui psühhoteraapia oli ainuke raviviis või kui psühhoteraapiat ja ravimeid kasutati samaaegselt, mis tuli välja ka Seligmani (1995) uuringust. Küll aga hinnati madalamalt raviviisi, mille korral tarvitatakse ainult ravimeid ilma paralleelse psühhoteraapiata. Nii Seligmani (1995) kui ka käesolevast uuringust ei leitud olulist erinevust pikaajalise ja lühiajalise teraapia tulemuslikkuse vahel, kuigi lühiajalist teraapiat hinnati natuke madalamalt. Pigem võib tulemuslikkus sõltuda kliendi enda motivatsioonist, psühhoteraapia koolkonna sobivusest ja kliendi ja terapeudi koostöö sobivusest.

Piirangud ja edasised uuringud

Käesoleva uuringu piiranguks on väike valim. Samuti võiks samaväärset uuringut läbi viies rakendada juhuslikku esinduslikku valimit. See võimaldaks saada uurimisküsimustele reaalsusele enam vastavaid vastuseid. Käesolevas uuringus võib kahtlustada vastajate kallet suurema rahulolu suunas, sest uuringukutset jagati sotsiaalmeedias nn lumepalli meetodil ja võib eeldada, et postitust märkasid ning sellele reageerisid psühholoogilise abi suhtes positiivsemalt meelestatud inimesed.

Teine antud uuringu piirang oli statistiliste analüüside läbiviimine Exceli programmiga, mis ei võimaldanud analüüsides kontrollida erinevuste ja seoste statistilise olulisuse hinnanguid.

Kasutatud kirjandus

- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 574–585. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.574>
- Bogdanov, H. & Pertel, T. (2011). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tervise Arengu Instituut.
- Burches, E. & Burches, M. (2020). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *International Archives of Public Health and Community Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.23937/2643-4512/1710035>
- Cook, S.C., Schwartz, A.C. & Kaslow, N.J. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics* 14, 537–545 (2017). <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Dattani, S., Ritchie, H. & Roser, M. (2018). Mental Health. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- EPTA (n.d.). Psühhoterapiast. <https://www.xn--pshhoteraapia-xob.ee/tere-tulemast/psuhhoteraapiast/>
- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51(10), 1025–1030. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1025>
- Kessler, R. C. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kotkin, M., Daviet, C., & Gurin, J. (1996). The Consumer Reports mental health survey. *American Psychologist*, 51(10), 1080–1082. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.51.10.1080>

- Kriegman, D. (1996). The effectiveness of medication: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 51(10), 1086. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1086.a>
- Mintz, J., Drake, R. E., & Crits-Christoph, P. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51(10), 1084–1085. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.51.10.1084>
- Parekh, R., & Givon, L. (2019). What is Psychotherapy? *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy>
- Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders at three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958. DOI: 10.1001/archpsyc.1984.01790210031005
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Sotsiaalministeerium. (2021). Vaimse tervise roheline raamat sai valitsuse heakskiidu. <https://www.sm.ee/et/uudised/vaimse-tervise-roheline-raamat-sai-valitsuse-heakskiidu>
- Terviseinfo.ee. (2020). Valminud on vaimse tervise roheline raamat. <https://www.terviseinfo.ee/et/uudised/5366-valminud-on-vaimse-tervise-roheline-raamat>

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Carmen-Ly Truu