

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Vivian Aun

**KROONILISTE EMOTSIOONIREGULATSIOONI RASKUSTEGA PATSIENTIDE
DEPRESSIOONI SÜMPTOMITE JA SUITSIDAALSE KÄITUMISE MUUTUSED LÄBI
PSÜHHOSOTSIAALSETE OSKUSTE TREENINGU: PILOOTUURING**

Uurimistöö

Juhendaja: Marika Paaver

Läbiv pealkiri: DKT põhine psühhosotsiaalsete oskuste treening

Tartu 2017

Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada dialektilise käitumisteraapia põhise psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõju depressioonile ning suitsiidikäitumisele. Uuritavateks on kroonilise või sagedasti korduva meeleoluhäire, ärevushäire, või isiksusehäire diagnoosiga Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatria haigla patsiendid. Katseisikud jaotati juhuslikkuse alusel katsegruppi või kontrollgruppi. Katsegrupi liikmed (N=14) läbisid 7 kuud kestva iganädalaselt toimuva dialektilise käitumisteraapia manuaalil põhineva psühhosotsiaalsete oskuste treeningu. Kontrollgrupi liikmed (N=7) sekkumist ei saanud. Teraapiale eelnevalt ning järgnevalt mõõdeti uuritavate suitsiidikäitumist Columbia Suitsiidiriski hindamise skaalaga. Depressiooni sümptomite esinemine fikseeriti iganädalaselt Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga EEK-2. Töös ei leitud kinnitust hüpoteesid mille kohaselt kahanevad sekkumist saanud katseisikute suitsiidikäitumine ning depressiooni sümptomid - tulemused ei olnud statistiliselt olulised. Suurema valimiga vajab edasist uurimist millised kognitiivsed eneseregulatsiooni meetodid vahendavad muutusi suitsiidikäitumises või soodustavad paranemist.

Märksõnad: depressioon, suitsiidikäitumine, dialektiline käitumisteraapia, psühhosotsiaalsete oskuste treening

Abstract

The purpose of this study is to find out effects of dialectical behavior therapy based skills training on depression and suicidal behavior. Subjects are patients of Tartu University Hospitals Psychiatry Clinic with diagnosis of repeated mood disorder, anxiety disorder or personality disorder. Subjects were randomized to treatment or a waitlist control group. Treatment group (N=14) participated weekly during 7 months in dialectical behavior therapy based skills training group. Control group (N=7) continued with treatment as usual. Suicidal behavior was assessed with Columbia Suicide Severity Rating Scale before and after the treatment. Depression symptoms were measured with Emotional State Questionnaire 2 prior, following and during the treatment. Results did not confirm hypothesis that suicidal behavior and depression symptoms will decrease during treatment - results were not statistically significant. Future research with bigger sample is required on which cognitive self-regulation skills modify changes in suicidal behavior or promote healing.

Keywords: depression, suicidal behavior, dialectical behavior therapy, psychosocial skills training

Sissejuhatus

Uurimisprobleemi tutvustus ja kirjanduse ülevaade

Sagedasti korduvad vaimse tervise häired ning nendega kaasnev enesevigastuslik käitumine on ühiskonna haiguskoormust oluliselt tõstvad tegurid mis halvendavad märkimisväärselt haigestunute elukvaliteeti. Kroonilised meeleolu- ja ärevushäired ning isiksusehäired alluvad raskesti ravile ning haigestunuid ohustab käitumusliku, emotsionaalse ja kognitiivse regulatsiooni püsiv kohanemist takistav kõrvalekalle. Tõhusa ravi leidmine aitaks tõsta nimetatud patsiendigrupi kvaliteetselt elatud eluaastate indeksit. Eestis on väga vähe kliinilisel valimil teostatud põhjalikke sekkumisuuringuid, mis aitaksid välja selgitada efektiivsed teraapiameetodid korduva, ravile raskesti alluva vaimse tervise häirega patsientidegrupile. Antud töö on osa suuremast, Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinikus läbiviidavast uuringust milles selgitatakse psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõju emotsiooniregulatsiooni raskustega isikute emotsionaalsele reaktiivsusele. Käesolevas töös uuritakse muutuseid kroonilise meeleoluhäiretega patsientide depressioonisümptomites ning suitsidaalses käitumises dialektilise käitumisteraapia manuaalil põhineva psühhosotsiaalsete oskuste treeningu käigus.

Emotsiooniregulatsiooni raskused on mitmete psühholoogiliste häirete ühiseks alusteguriks (Nasciu 2014). Raskused emotsioonide reguleerimisel on iseloomulikud näiteks ärevushäirete, meeleoluhäirete ning suitsiidikäitumise puhul (Aldao j. t. 2010;). Suitsiidikäitumisena saab defineerida lõpule viidud suitsiidi, suitsiidikatseid, suitsiidikavatsusi ja plaane ning suremisest mõtlemist. Kuigi enesetapust mõtlemine erineb oluliselt vastavast käitumisest tuleb suitsidaalset käitumist vaadelda kui kontinumit ajas mis algab mõtetest ja ideest jõudes plaani ja tegutsemiseni (Tarrier j. t. 2008). Suitsidaalselt käituvad isikud on sageli depressiooni all kannatavad, puuduliku probleemilahendusoskusega ning mitme psühhiaatrilise diagnoosiga (Neece j. t. 2013). Oluline näitaja selle juures kas depressiivne meeleolu laieneb suitsiidmõteteks ja käitumiseks on alternatiivsete toimetulekuoskuste olemasolu või nende puudumine mis määravad kuidas inimene suudab stressiolukordi lahendada. Toimetulekuoskuste puudumisel tekib abituse-, lootusetuse- ning lõksusolekutunne mis omakorda suurendavad depressiooni ning suitsidaalset käitumist (Williams j. t. 2005; Zielinski j. t. 2017). Enesevigastusliku käitumise eesmärgiks on lahendada emotsionaalselt

intensiivne ning raskestitalutav olukord mille efektiivseks reguleerimiseks puuduvad isikul alternatiivsed oskused. (Linehan 2015).

Dialektiline käitumisteraapia (DKT) on teadveloleku elemente sisaldav kognitiivse käitumisteraapia taustaga psühhoterautiline programm. 1980ndatel Marsha Linehani uurimisgrupi poolt väljatöötatud meetod oli algselt suunatud krooniliselt suitsidaalsetele ning ennastvigastava käitumisega patsientidele ja leidis kasutust piirialase (*borderline*) tüüpi ebastabiilse isiksushäire ravis (Nasciu j. t. 2014). Linehani teooria kohaselt on depressiooni tekke ja püsimise ning ennastvigastava käitumise põhjusteks puudulikud või düsfunktsionaalsed emotsioonireguleerimisoskused. Teraapia esmane eesmärk on vähendada ennastvigastavat käitumist. Ravi tugineb emotsioonireguleerimisoskuste õpetamisel. Kuna paljudele psühholoogilistele häiretele on iseloomulikuks jooneks võimetus toime tulla valusa negatiivse afektiga kasutamata düsfunktsionaalseid toimetulekustrateegiaid, on DKT rakendatav mitmete probleemsete valdkondade raames (Linehan 1993; Neece j. t. 2013). Programmi efektiivsus on empiirilist kinnitust leidnud kroonilise depressiooni, söömis- ja sõltuvushäirete, enesevigastusliku käitumise ja traumade ravis (Ritschel j. t. 2015). Viimaste aastate jooksul on DKTd kasutatud töös multiprobleemsete, ravile raskelt alluvate isikutega (Neece j. t. 2013).

DKT oluliseks osaks on teadveloleku oskuste arendamine igapäevaelus ja suhetes ning suhetetõhususe oskuste treening mis on otseselt suunatud puudustele psühhosotsiaalses toimetulekuvõimes. DKT kohaselt on düsfunktsionaalne käitumine põhjustatud vähestest või ebakohastunud emotsioonide reguleerimise oskusest. Muutuste saavutamiseks on põhiline osakaal grupiga läbiviidav psühhosotsiaalsete oskuste treeningul kus õpetatakse ja arendatakse emotsioonireguleerimisoskuseid. Eesmärgiks on nõrgendada ebakohastunud emotsionaalseid töötlusmehhanisme ning asendada need efektiivsete toimetulekustrateegiatega (Neece j. t. 2013).

DKT põhiosaks on psühhosotsiaalsete oskuste treeninguprogramm, millega mõjutatakse käitumuslikku, emotsionaalset ja kognitiivset eneseregulatsiooni nelja valdkonna kaudu:

- (a) teadvelolek: ZEN-budismi päritoluga praktika mis õpetab nii ümbritseva kui enese käitumise ja emotsioonide hinnanguvaba jälgimist;
- (b) emotsioonide reguleerimise oskused: viha ja selle väljendamine ning valulike negatiivsete emotsioonide reguleerimine;

(c) suhete tõhusus: ebastabiilsete suhete reguleerimine ja tõhususe kasvatamine suhetes, enesekehtestamine ning enesest lugupidamine;

(d) kriisiga toimetulek: stressitaluvuse tõstmine ning impulsiivse ja ennastkahjustava käitumise vähendamine, keeruliste elusituatsioonide radikaalne aktsepteerimine (Nasciu j. t. 2014; Linehan 2015).

Kuna DKT tervikprogramm on laiibaasiline meetod mis hõlmab kogu psühhiaatriakliiniku meeskonna töö ülesehitust, on hakatud uurima kas raviefekt ilmneb ka ainult manuaalipõhise grupitreeningu rakendamisel. Mitmete kliiniliste uuringute käigus on leidnud kinnitust DKT manuaalipõhise oskuste treeningu tõhusus depressiooni, suitsidaalse- ja ennastvigastava käitumise ravis (Valentine j. t. 2015; Blackford ja Love 2011).

Autori panus

Tutvumine teemakohase teoreetilise taustaga, 2016-2017 aasta katseisikute küsimustike täitmise järjepidevuse jälgimine. Andmete sisestamine, süstematiseerimine, juhendaja abil analüüsimine ja tõlgendamine. Tulemuste seostamine varasemate uuringutega.

Hüpoteesid

Hüpotees I. Suitsidaalne käitumine väheneb psühhosotsiaalsete oskuste treeningprogrammi läbimise järgselt.

Hüpotees II. Psühhosotsiaalsete oskuste treeningus osalejate depressiooni sümptomaatika väheneb.

Meetod

Käesolev töö on osa suuremast teadusuuringust „Krooniliste psüühikahäirete emotsionaalsed ja kognitiivsed mehhanismid: muutused psühhosotsiaalsetes oskustes treeningprogrammi käigus ning muutusi ennustavad tegurid“. Vahemikus 2014-2019 toimub Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliinikus sekkumisuuring, mille Käigus selgitatakse dialektilise käitumisteraapia (DKT) kui psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõju emotsioonireguleerimisraskustega isikute emotsionaalsele reaktiivsusele ning millised kognitiivsed tegurid nimetatud muutuseid ennustavad või vahendavad. Uuringu raames viiakse psühhiaatriakliinikus läbi viiel korral pool aastat kestev dialektilise käitumisteraapia manuaalil põhineva psühhosotsiaalsete oskuste grupitreening emotsioonireguleerimisraskustega patsientidele. Uuringusse on plaanis hõlmata 80 katseisikut.

Enne rühmateraapia algust, uuringu kestel iganädalaselt ning rühmateraapia lõppedes täitsid katseisikud enesekohaseid küsimustikke mis sisaldasid küsimusi isiksuse, psühhiaatriliste sümptomite ning eneseregulatsioonioskuste kohta. Lisaks läbisid katses osalejad kahel korral, katsele eelnevalt ja järgnevalt elektroentsefalograafiauuringu.

Valim

Tegu oli eesmärgistatud valimiga. Andmed koguti Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku täisealiste patsientide hulgast kes osalesid teadusuuringus „Krooniliste psüühikahäirete emotsionaalsed ja kognitiivsed mehhanismid: muutused psühhosotsiaalsetes oskustes treeningprogrammi käigus ning muutusi ennustavad tegurid“. Uuritavad on kroonilise või sagedasti korduva meeleoluhäire, ärevushäire, või isiksusehäire diagnoosiga. Välistati bipolaarse meeleoluhäirega, psühhootilise häirega, raske orgaanilise psüühikahäirega, vaimse alaarenguga ning pervasiivse arenguhäirega isikud.

Katseisikutele on uuringus osalemist soovitanud nende psühhiaater või raviarst. Isikute sobivust osaluseks hinnati spetsiaalselt selleks eesmärgiks disainitud intervjuuga. Muu hulgas uuriti katseisikute motivatsiooni ja valmidust osaleda pikaajalises teraapias. Sobivad katseisikud jaotati

juhuslikkuse alusel rühmateraapia gruppi ning ootegruppi. Mõlema rühma suuruseks määrati kuni 9 isikut, arvestades potentsiaalse väljalangevusega. Teraapiarühma liikmed osalesid tavapärasele ravile lisaks 6 kuu jooksul iganädalaselt 2,5 tundi kestvas dialektilise käitumisteraapia manuaalil põhineval psühhosotsiaalsete oskuste treeningus. Ootegrupi liikmed sekkumist ei saanud ning jätkasid tavaraviga. Ootegruppi kuulujad said pääsu järgmisse teraapiagruppi. Terapeutideks olid kliinilised psühholoogid kellel on kogemusi töös krooniliselt suitsidaalsete ja isiksusehäiretega patsientidega.

Käesoleva töö valimi moodustavad kahe aasta katseisikud. 2014 aastal hõlmati uuringusse esialgselt 16 inimest ning 2015 aastal 17. Esimesel aastal langes grupist välja 4 isikut ning järgmisel 7. Teraapiagrupist lahkus kokku 4 ning ootegrupist 7 inimest. Protsentuaalselt lahkus 22,2% teraapiagrupis osalejatest ning 53,3% kontrollgrupi katseisikutest. Kokku oli väljalangejaid 33% algsest uuringusse kaasatutest. Lahkumise põhjusteks olid töö- ja elukoha muutus, asjaolude käigus raskused teisest linnast regulaarselt kohal käimisega, raskused grupis viibimisega kõrge ärevuse tõttu, suur ravikoormus – mitu korraga käimasolevat teraapiat, muud eraelulised kohustused. Lõplikuks valimi suuruseks on 22, 4 meest ja 18 naist vanuses 21-51. Kolm 2015 aasta katsegrupi liiget osalesid eelmise aasta kontrollgrupis.

Diagnostiliselt olid esindatud järgmised häired: piirialast tüüpi ebastabiilne isiksus; segatüüpi isiksusehäire; mõõdukas korduv depressioon; mõõdukas depressioon; raske korduv depressioon; raske depressioon; söömishäired; posttraumaatiline stressihäire; agorafobia. Kaheksal uuritaval esines koos põhidiagnoosiga lisadiagnoos või mitu lisadiagnoosi. Soov olla surnud ja üldised mõtted enesetapust on olnud elu jooksul kõikidel katseisikutel. Kaheksa uuritavat on elu jooksul sooritanud suitsiidikatse.

Uurimismetoodika kirjeldus

Testid

Katseisikute suitsiidikäitumist uuriti Columbia suitsiidiriski hindamise skaalaga C-SSR. C-SSR on poolstruktureeritud kliiniline intervjuu mis mõõdab neljal alaskaalal suitsidaalse mõtlemise tõsidust ja intensiivsust ning suitsidaalse käitumise esinemist. Esimene, tõsiduse skaala, esitab viis küsimust suitsiidmõtete kohta. 1= soov olla surnud. 2= ebaselged aktiivsed suitsidaalsed mõtted. 3= aktiivne suitsidaalne mõtlemine koos meetodiga, 4= suitsidaalne kavatsus ning 5= kavatsus koos plaaniga. Vähemalt ühele küsimusele jaatava vastuse korral täidetakse ka teine - viiest küsimusest koosnev intensiivsuse alaskaala mis uurib mõtete sagedust, kestust, kontrollitavust, takistusi idee

elluviimisel ning mõtlemise põhjuseid. Kolmas, suitsiidkäitumise skaala täpsustab tegelike, katkestatud ning peatatud katsete, ettevalmistava tegevuse ning mitteduitsidaalse ennastvigastava käitumise esinemist. Neljas, letaalsuse alaskaala hindab aset leidnud suitsiidikatsete reaalsel ja potentsiaalset letaalsust. Lisaks küsib C-SSR elu jooksul esinenud kõige tõsisema suitsiidikavatsuse kohta kuna see võib olla tulevase enesetapu suhtes suurema ennustusvõimega kui käesoleva plaani tõsidus (Posner j. t. 2011; Gipson j. t. 2015). Suitsiidiriski hindamiseks viidi katseisikutega treeningule eelnevalt ning järgnevalt läbi poolstruktureeritud intervjuu. Esimesel korral küsiti elu kestel aset leidnud surmamõtete, plaanide ning nendega seotud katsete kohta. Teisel korral uuriti viimase kahe kuu suitsiidiriski esinemist. Käesolevas töös vaadeldakse kas katseisikutel esines suitsidaalset käitumist - tegelikke, peatatud või katkestatud katseid ning aktiivset suitsidaalset mõtlemist - meetodiga kuid ilma tegutsemiskavatsuseta, mõningase tegutsemiskavatsusega või koos täpse plaani ja kavatsusega.

Depressiooni sümptomite esinemise kindlaksmääramiseks kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustikku EEK-2. EEK-2 on Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliinikus välja töötatud Emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK täiendatud versioon. Mõõdik koosneb RHK-10 ja DSM-IV diagnostiliste kriteeriumite järgi koostatud 28 väitest mis mõõdavad vastaval alaskaalal depressiooni, üldise ärevuse, agorafobia ja paanika, sotsiaalfoobia, asteenia ning insomnia sümptomite esinemist nelja nädala jooksul. Igale küsimusele saab vastata 5-palli skaalal 0 - üldse mitte, 1 - harva, 2 - mõnikord, 3 - sageli, 4 - pidevalt. Depressiooni alaskaala piirskoor 11 ja rohkem viitab depressiooni esinemisele (Aluoja j. t. 1999). Uuritavad täitsid emotsionaalse enesetunde küsimustikke teraapiale eelnevalt, järgnevalt ning iganädalaselt, kokku 301 korral. Katsegrupi liikmed täitsid küsimustikud enne treeningut paber kandjal Kontrollgruppi kuulujad vastasid EEK-2 küsimustele iganädalaselt veebipõhiselt Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi uuringute keskkonnas. Uuringu assistent saatis kontrollgrupi liikmetele märgukirju mis soodustasid mõõdikute järjepidevat täitmist.

Eetilised aspektid

Uuringus osalemine oli patsiendi jaoks vabatahtlik ning eelnevalt allkirjastati informeeritud nõusoleku leht (Lisa 1). Uuringuks andis nõusoleku Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee, protokoll number 236/T-12. Uuritavatele kompensatsiooni ei makstud. Kontrollgrupis osalemine tagas vaba pääsu järgmisel aastal toimuvasse teraapiarühma.

Andmetöötlus

Andmed korrastati programmis MS Excel. Andmete analüüsimiseks kasutati statistikaprogrammi IBM SPSS. EEK-2 depressiooni alaskaala vastused summeeriti. Kolmekümnest mõõtmiskorrast võeti ühtlaste vahedega välja kõikide katseisikute seitsme mõõtmise tulemused: eelmõõtmine, 5.; 10.; 15.; 20. ja 25. teraapiapäeva tulemused ning järelmõõtmine. Andmete vastavust normaaljaotusele kontrolliti Shapiro-Wilk testiga. Mixed ANOVAGA uuriti teraapia mõju depressiooni skooride kahanemisele. Sfäärilisust mõõdeti Mauchly sfäärilisuse testiga.

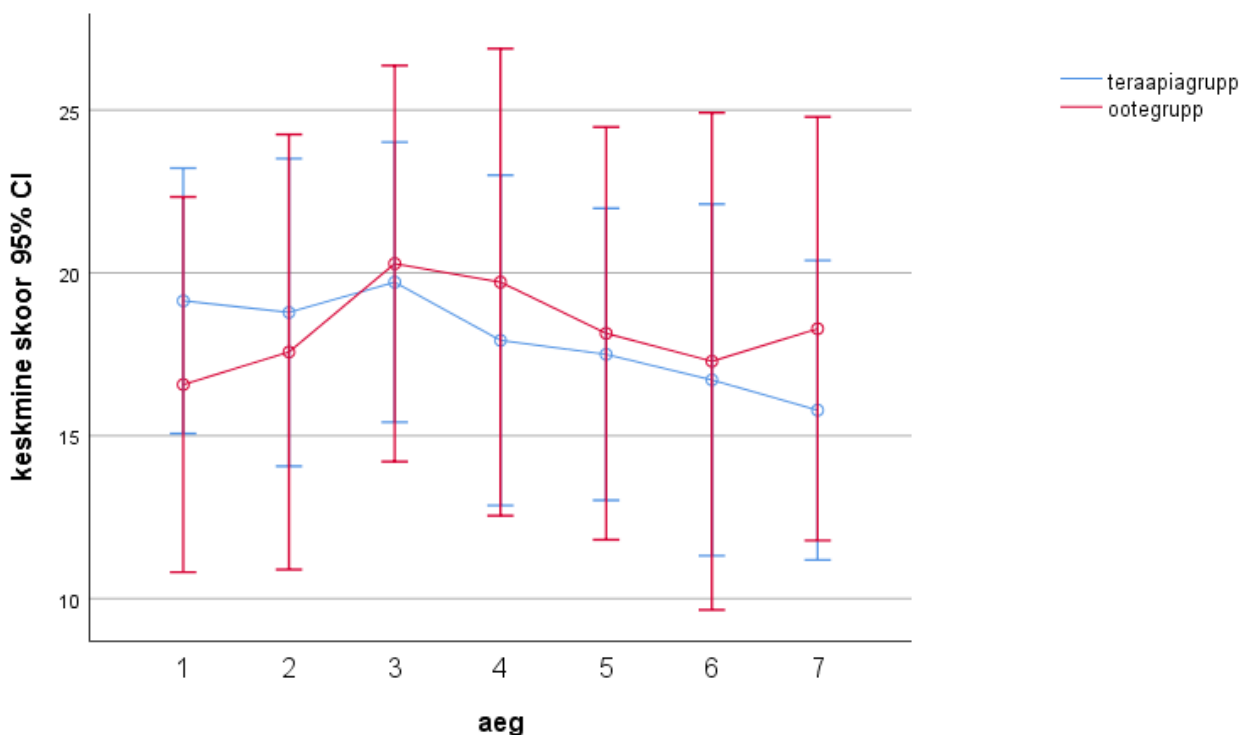
Muutuste vaatlemiseks suitsidaalses käitumises võeti aluseks Columbia suitsiidiriski hindamise intervjuust suitsiidikäitumise alaskaala. Andmeanalüüsi läbiviimiseks kodeeriti tegeliku, katkestatud ja peatatud katsete koodid 1, 2 ja 3 aktiivse suitsiidikäitumise esinemiseks. Muutuseid suitsidaalses mõtlemises hinnati suitsidaalse mõtlemise alaskaala järgi. Suitsiidmõtete koodid 3, 4 ja 5 kodeeriti aktiivseteks suitsiidmõtete esinemiseks. Erinevusi teraapiagrupi ja kontrollgrupi suitsiidikäitumise esinemises vaadeldi šansside suhete (*odds ratio*) abil.

Tulemused

Depressioon

Shapiro-Wilk testi järgi vastasid EEK-2 skoorid normaaljaotusele. Mauchly sfäärilisuse testi kohaselt oli sfäärilisuse eeldus täidetud, $p = .081$. Kontrollgrupi ja katsegrupi depressiooni skooride vahel (esitatud joonisel 1) ei ilmnenud ühelgi mõõdetud ajahetkel statistiliselt olulist erinevust (vastavalt mõõtmiskordadele $t=.76, p=.45$; $t=.31, p=.76$; $t= .16, p= .87$; $t= .43, p=.68$; $t=.17, p=.86$; $t=.13, p=.9$; $t=.66, p=.52$).

kordumõõtmiste ANOVAGA võrreldud muutuse kõverad ei erinenud samuti (Wilksi $\lambda=.77584, F(7, 13)=.53658, p=.7923$).



Joonis 1. Kontrollrühma ja sekkumisrühma depressiooni skooride muutused 7 kuu jooksul.

Graafikult on näha, et sekkumisgrupi depressiooni skoor on järelmõõtmisel baastasemega võrreldes langenud - 3.5 punkti võrra. Kontrollgrupi tulemus on tõusnud. Kumbki nimetatud muutus ei ületa valimi suuruse tõttu statistilise olulisuse piirmäära. Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga mõõdetud madalam skoor viitab paremale enesetundele. Praktiliselt kõikidel katseisikutel oli EEK-2 järgi mõõdetult depressioon, arvestades, et piirskoor 11 ja kõrgem viitab

diagnostiliste kriteeriumitele vastava häire olemasolule. Teraapiagrupis (n=14) oli eelmõõtmise kohaselt vaid ühel katseisikul depressiooniskoor alla piirmäära. Teraapiagrupis oli järelmõõtmisel viis isikut kelle järelhindamisel mõõdetud tulemus jäi allapoole kokkuleppelise depressiooni piiri.

Suitsiidikäitumine

Suitsiidikäitumise esinemise analüüsimiseks kasutati šansside suhet (odds ratio). Uuringusse kaasati 22 patsienti. Ootegrupi liikmetest (n=8) märkis eelhinnangus 6 isikut suitsiidikäitumise esinemist elu jooksul ning teraapiagrupis (n=13) 8. Järelhinnangul oli kontrollgrupis (n=6) esinenud suitsidaalset käitumust viimase kahe kuu jooksul neljal inimesel ning teraapiagrupis (n=14) samuti neljal isikul. Vt. tabel 1.

Tabel 1. Columbia suitsiidiriski intervjuu tulemused eel- ja järelmõõtmise ajal sekkumisrühmas võrrelduna kontrollrühmaga

	Baastase		Järelmõõtmine	
	Kontrollrühm n=8	Sekkumisrüh m n=13	Kontrollrühm n=6	Sekkumisrüh m n=14
Suitsiidmõtted (%)	75% OR	77%	66.7%	50%
Suitsiidkäitumine (%)	75%	61%	66,7%	28% OR 4

Teraapiarühmas esines teraapia järgselt suitsiidkatseid 28%l, ning kontrollrühmas 66,7%l katseisikutest. See viitab tegelike suitsiidkatsete vähenemistrendile, kuigi valimi suurus ei võimalda näidata selle erinevuse statistilist olulisust (OR= 4 CI lower= .5, CI upper=32) Samas on oluline märgata, et Columbia suitsiidiriski hindamise skaala järelmõõtmise tulemuste kohaselt on teraapiagrupis (n=14) kahe viimase teraapias osaletud kuu vältel neljal isikul esinenud suitsiidikäitumist - tegelik, katkestatud või peatatud katse. See viitab, et pärast kuuekuulist psühhosotsiaalsete oskuste treeningu läbimist on 28,6% patsiendil peatatud, tegelikke või katkestatud suitsiidikatseid.

Arutelu ja järeldused

Käesolevas töös uuriti dialektilise käitumisteraapia manuaalil põhineva psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõjusid depressiooni sümptomitele ning suitsidaalsele käitumisele.

Uuritud hüpoteesid ei leidnud kinnitust. Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga mõõdetud depressiooni skoorid vähenesid teraapiagrupi liikmete hulgas, kuid vähesel määral ning muutus ei olnud statistiliselt oluline. Columbia suitsiidiriski hindamise skaalal mõõdetud suitsidaalse käitumise vähenemise trend ei oma statistiliselt olulist kaalu. Puudused statistilises olulisuses on seletatavad valimi suurusega. Katseisikute eripära arvestades - tegu on psühhiaatria haigla patsientidega kelle häired on sageli korduvad ning raskesti ravile alluvad, on suur väljalangevus uuringust mõistetav, seda eriti kontrollgrupi osas. Käesoleva töö puhul on tegu pilootuuringuga. Lisaandmete kogumisel on võimalik teemat uurida suurema valimi näitel.

Oluline leid uurimustöö raames on asjaolu, et pärast pool aastat kestnud psühhosotsiaalsete oskuste treeningut on patsiente kes teraapia viimastel kuudel veel suitsidaalselt käituvad. Samas ilmnes siiski teraapia potentsiaalne raviefekt suitsiidikäitumisele ning see vajaks edaspidi uuringutega kinnitust suuremal valimil.

Käesoleva uuringuga tuli välja huvitav tendents - katseisikute depressiooni skoorides olulist langust ei ilmnenu, suitsiidimõtted ei vähenenud kuid suitsidaalne käitumine vähenes. Antud asjaolu võib selgitada teraapia käigus kriisiga toimetulekuvõime omandamisega. DKT üks oluline osa on õpetada kriisiga toimetulekut läbi stressitaluvuse harjutamise, impulsiivse ja ennastkahjustava käitumise vähendamise ning keeruliste emotsioonide aktsepteerimise õppimise (Nasciu j. t. 2014; Linehan 2015), mis viib selleni, et ka juhul kui inimese enesetunne on väga halb ja tal on surmamõtted suudab ta impulssi pidurdada ja leida ning kasutada olukorra lahendamiseks teisi toimetulekuvõtteid. Linehan väidab, et keeruliste patsiendigruppide puhul võtab muutuste teke aega. DKT esimene ja olulisim eesmärk on vähendada suitsiidikäitumist: "Selleks, et patsienti ravida peab ta kõigepealt elus püsima". Oluline on jõuda selleni, et patsiendid keerulises olukorras kohese suitsiidikäitumisega ei reageeriks (Linehan 1993). Seega leidis töös kinnitust teraapia autori enda sõnum, et muutuste tekkimine enesetundes on pikem protsess kuid enesevigastuslikku käitumist on võimalik läbi psühhosotsiaalsete oskuste treeningu vähendada.

Dialektiline käitumisteraapia on laiabaasiline metoodiline lähenemine mis hõlmab töös patsiendiga terve meeskonna. On uurijaid kes on leidnud kinnitust DKT manualil põhineva psühhosotsiaalsete oskuste treeningu tõhususes eraldiseisva teraapiameetodina depressiooni ravis (Blackford ja Love 2011). Lienehan ise (1993) rõhutab terve meeskonnatöö olulisust muutuste saavutamise juures. Võimalik, et depressiooni vähendamiseks on vaja rakendada kogu laiaulatuslikku teraapiapaketti ning meeskonnatööd.

Dialektilisel käitumisteraapial põhinev psühhosotsiaalsete oskuste treening on suunatud emotsiooniregulatsiooni oskuste parandamisele. Kuna raskused emotsioonide reguleerimisel on mitmete psühholoogiliste häirete ühiseks alusteguriks võib nimetatud treening osutada efektiivseks laia kasutusvaldkonnaga ravimeetodiks. Käesoleva töö nõrkuseks on väike valim mille baasilt ei saa teha kaugeleulatuvaid järeldusi. Psühhosotsiaalsete oskuste treening eraldiseisva teraapiameetodina on väheuuritud teema nii Eestis kui mujal maailmas. Andmete kogunemisel on võimalik põhjalikumalt ning laildasemalt uurida DKT põhise psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõju suitsiidikäitumisele ning uurida millised kognitiivsed eneseregulatsiooni meetodid neid muutusi vahendavad või paranemist soodustavad.

Kirjanduse loetelu

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweitzer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449.
- Blackford, J. U., Love, R. (2011). Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: A pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 645–657.
- Neece, C. L., Berk, M. S. Combs-Ronto, L. A. (2013). Dialectical Behavior Therapy and Suicidal Behavior in Adolescence: Linking Developmental Theory and Practice. *Professional Psychology - Research and Practice*, 44(4) 257-265.
- DeCoster, J. (2006). *Testing Group Differences using T-tests, ANOVA, and Nonparametric Measures*. Retrieved 02.05.2017 from <http://www.stat-help.com/notes.html>
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4) 316-321.
- Gipson, P. Y., Agarwala, P., Opperman, K. J., King, C. A., Horwitz, A. (2015). Columbia-Suicide Severity Rating Scale Predictive Validity With Adolescent Psychiatric Emergency Patients. *Pediatric Emergency Care*, 31(2) 88-94.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford Press, New York.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training manual Second Edition*, Guilford Press, London.

- Nasciu, A. D., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T., Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59(8) 40-51.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., Stewart L. M. (2015). Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2) 111-128.
- Schäfer, J., Naumann, E., Holmes, E., Tuschen-Caffier, B. Samson, A. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth & Adolescence*, 46(2), 261-276.
- Zielinski, M. J., Veilleux, J. C., Winer, E. S., Nadorff, M. R. (2017). A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 73(1), 187-195.
- Tarrier, N., Taylor, K., Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32. 77-108.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1). 1-20.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T. C. C., Beck, A. T. (2005). Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge in Formerly Depressed Patients With a History of Suicidal Ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3). 421-431.

Lisa 1

Informeerimise ja nõusoleku leht

Uuringuks „Krooniliste psüühikahäirete emotsionaalsed ja kognitiivsed mehhanismid: muutused psühhosotsiaalsete oskuste treeningprogrammi käigus ning muutusi ennustavad tegurid“.

Käesolev uuring tegeleb dialektilise käitumisteraapia (DKT) protokollil põhineval psühhosotsiaalsete oskuste omandamise programmis osalemise mõju ja toimemehhanismiga. Uuringu eesmärgiks on selgitada, kas ja kuidas muutub uuritavate emotsionaalne reaktiivsus programmis osalemise vältel ning millised kognitiivsed tegurid nimetatud muutust ennustavad ja/või vahendavad. Uuringut teostab Tartu Ülikool 15.06.2014-31.12.2019.

Uuringus osalemine hõlmab:

1. Osalemist rühmateraapia programmis, mis toimub iganädalaselt poole aasta vältel. Teraapiaseansid salvestatakse andmete analüüsiks, salvestisi ei kasutata väljaspool uuringu konteksti, neid vaatavad ainult vastutavad uurijad ning need hävitatakse peale uuringuperioodi lõppu.
2. Intervjuuküsimustele vastamist enne rühmateraapia alustamist ja peale selle lõppu.
3. Küsimustike täitmist enne rühmateraapia programmiga alustamist, selle vältel ja peale selle lõpetamist (sisaldavad küsimusi isiksuse, psühhiaatriliste sümptomite ja emotsiooniregulatsioonioskuste kohta).
4. Laborikatsetes osalemist. Enne rühmateraapia programmi alustamist ja peale selle lõpetamist viiakse läbi laborikatseted, millest esimeses näidatakse erinevaid emotsionaalse sisuga pilte, samaaegselt registreeritakse aju elektrilist aktiivsust (EEG) ja teine hõlmab püsiva tähelepanu sooritusmõõdikut (2X120 min).

Uuring on anonüümne. Uuringus osalejad saavad numbrilise koodi, mis kirjutatakse küsimustikele nime asemel. Koodivõti on üksnes ühe uuringu korraldaja käes ning seda hoitakse lukustatud kapis. Andmete analüüsijad ja teised isikud seda ei näe. Anonüümseid andmeid analüüsivad TÜ psühholoogia instituudi ja psühhiaatria õppetooli teadustöötajad ning neid säilitatakse tähtajatult. Isikustatud andmed hävitatakse peale uuringuperioodi lõppu ühe kuu jooksul. Uuringus osalemine on vabatahtlik ja uuritav võib igal ajahetkel avaldada soovi uuringus osalemine katkestada.

Uuringu ja teraapiaprogrammi käigus tekkivate küsimuste kohta saab informatsiooni Tartu Ülikooli psühhiaatria õppetooli töötajate ja kliiniliste psühholoogide Marika Paaveri (PhD) (e-post: marika.paaver@ut.ee, tel: 7318835), Kersti Luugi (e-post: kersti.luuk@kliinikum.ee, tel: 7318808) või Anu Aluoja (e-post: anu.aluoja@ut.ee, tel: 7318 807) käest või psühhiaatriaosakonna juhataja doktor Anu Järve (e-post: anu.jarv@kliinikum.ee, tel: 7318785) käest.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt 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.

Vivian Aun