

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Liis Luik

**ENESEKAASTUNNE DIALEKTILISE KÄITUMISTERAAPIA PÕHISEL
PSÜHHOSOTSIAALSETE OSKUSTE TREENINGUL KROONILISE
EMOTSIOONIDE DÜSREGULATSIOONIGA INIMESTEL**

Uurimistöö

Juhendaja: Marika Paaver, PhD

Läbiv pealkiri: Enesekaastunne DKT-põhisel psühhosotsiaalsete oskuste treeningul

Tartu 2018

Kokkuvõte

Enesekaastunne dialektilise käitumisteraapia põhisel psühhosotsiaalsete oskuste treeningul kroonilise emotsioonide düsregulatsiooniga inimestel

Töö üldine eesmärk oli uurida, milline on psühhosotsiaalsete oskuste treeningu käigus enesekaastunde ja depressiooni ning ärevuse sümptomite omavaheline seos ja enesekaastunde erinevate näitajate muutuste dünaamika kroonilise emotsioonide düsregulatsiooniga inimeste hulgas. Valim koosnes 21 isikust, sekkumisgrupp (n=12) sai dialektilise käitumisteraapia põhise psühhosotsiaalsete oskuste treeningut ning kontrollgrupp (n=9) jätkas tavapärasest ravi/teraapiat. Protsessi käigus täitsid mõlemad rühmad Emotsionaalse enesetunde küsimustikku ja Enesesõbralikkuse Skaalat. Töös ei leidnud kinnitust kumbki püstitatud hüpotees: 1. psühhosotsiaalsete oskuste treening suurendab sekkumisgrupi enesekaastunnet ning 2. enesekaastunde suurenedes vähenevad depressiooni ja ärevuse sümptomid, otseselt, kuid täpsem analüüs enesesõbralikkuse erinevate näitajate ning paranejate/mitteparanejatega näitas tendentsi enesekaastunde suurenemise poole sekkumisgrupis.

Märksõnad: dialektiline käitumisteraapia, psühhosotsiaalsete oskuste treening, enesekaastunne, teadvelolek, emotsioonide düsregulatsioon

Abstract

Self-compassion among people with severe emotional dysregulation during dialectical behavior therapy based psychosocial skills training

General aim of current work was to investigate in which ways do self-compassion and depression and anxiety symptoms interact during psychosocial skills training among people with severe emotional dysregulation. Study included 21 participants, divided into intervention (n=12) group who received skills training and control group (n=9) who continued treatment as usual. During the process participants filled Emotional State Questionnaire and Self-Compassion Scale. Neither of the hypothesis was confirmed in a direct way but concurrent analysis on self-compassion and its subscales with people who improved and not improve gave a tendency towards increased self-compassion among intervention group.

Key words: dialectical behavior therapy, psychosocial skills training, self-compassion, mindfulness, emotional dysregulation

Sissejuhatus ja uurimisprobleemi tutvustus

Dialektiline käitumisteraapia

Dialektiline käitumisteraapia (DKT) on kognitiiv-käitumuslik ravi, mis hõlmab endas individuaalsed psühhoteraapiat, grupi oskuste treeningut, telefoninõustamist ja terapeutide konsultatsioonimeeskonda (Linehan, 2015). DKT toetub dialektilisele filosoofiale, kognitiiv-käitumuslikule teraapiale ja teadveloleku praktikatele. Dialektiline filosoofia esindab mõtteviisi, kus protsess püüdleb pideva polaarsuste sünteesi poole, kognitiiv-käitumuslik teraapia esitab väljakutse inimese kognitiivsetele skeemidele ja püüab seekaudu suunata käitumist ning teadveloleku praktikad aitavad indiviidil kogu protsessi kogeda ja mõista vaateleja perspektiivist, ilma (enese)kriitika ning emotsioonidega samastumata. DKT eesmärk on aidata inimestel ehitada üles enda „elamist väärt elu“, suurendades seejuures eneseaktsepteerimist ja eneseaustust. Ühtlasi oli see esimene psühhoteraapia, mille kohta tehtud teaduslikud sekkumisuuringud andsid positiivset tulemust piirialase isiksushäirega inimeste ravis (Linehan, 2015).

Dialektilise käitumisteraapia arendas biheiviorismile toetudes välja Marsha M. Linehan, otsides võimalust siduda kaasaegsed käitumisteooriad, mis kliinilises kontekstis soovivad luua muutust, aktsepteerimise ja teadvelolekuga, mis kuulub Zen-budismi südamesse. Algselt oli DKT mõeldud kõrge suitsiidiriski ja -käitumisega inimestele, kuid kliiniliste uuringute läbiviimise jaoks lisandus kriteeriumite hulka ka piirialane isiksushäire (PIH), kuna väga sageli esinesid need koos. Kuigi arvatakse, et piirialase isiksushäire ulatus tavapopulatsioonis on 1%, moodustavad selle häirega inimesed psühhiaatriakliiniku ambulatoorsele vastuvõtule pöördujate koguhulgast erinevatel andmetel 10-20% ning psühhiaatria haiglaravil viibivatest patsientidest 20%. (Zimmerman jt, 2005; Korzekwaa jt, 2008). Osadel PIH klientidel esineb kaasuva diagnoosina korduvat depressiooni, ärevushäireid, sõltuvushäireid ning vastupidi. (Linehan 1999 jt; Korzekwaa jt 2008). Iirimaal on alustatud kogu riiki hõlmavat uuringut, et selgitada välja DKT kasu piirialase isiksushäirega inimeste ravis ka sotsiaalmajanduslikus võtmes (Flynn jt, 2018).

Linehani biosotsiaalne teooria ütleb, et PIH on emotsioonide regulatsiooni pervasiivne häire ning häire diagnostilised tunnused otseselt emotsioonide reguleerimiseks või emotsioonide düsregulatsiooni tulemus (Linehan, 1993). DKT on andnud arvestatavaid tulemusi (vt allpool) inimestel, kellel on diagnoositud piirialane isiksushäire või kellel on

tugevaid raskusi oma emotsioonide juhtimisel. Emotsioonide düsregulatsiooni probleeme esineb ka inimestel, kellel on diagnoositud sõltuvus- ja tugevaid meeleoluhäired.

Niedtfeld jt (2017) leidsid PIH klientide seas läbi viidud 12-nädalase DKT teraapia tulemusena, kasutades fMRI skaneerimist, neuraalseid muutuseid valu vahendavas afekti regulatsioonis limbilises süsteemis. Uuring näitas DKT teraapiat saanud patsientide hulgas alanenud skooore erinevatel psühhomeetrilistel mõõdikutel, kuigi statistiliselt olulise tulemuse andis vaid emotsionaalse reguleerimise raskust mõõtev skaala. Sama uuring ei täheldanud muutuseid patsientide hulgas, kes said tavapärasest teraapiat. Winter jt (2017) tõid esile neuraalsed muutused ajupiirkondades, mis on seotud emotsioonide regulatsiooni strateegitega – tähelepanu kõrvalejuhtimisega (supramarginaalne käär) ja automaatse tähelepanu kontrolliga pregenaalses eesmises vöökäärus (pgACC). Muutuseid ei leitud patsientide hulgas, kellest osa jätkasid oma tavapärasest medikamentoosset ravi ning osa ei saanud mingit ravi.

Linehan jt (1999) leidsid, et DKT piirialase isiksushäire ning sõltuvushäirega klientide uimastitarbimine vähenes võrreldes tavapärasest ravi saanud inimestega rohkem ning püsis ka järelkontrolli ajal madalam. Austraalias läbiviidud uuring leidis, et terapeudid, kes olid läbinud põhjaliku DKT terapeudiõppe suutsid PIH klientide suitsidaalset ja parasuitsidaalset käitumist suunata suurema tõenäosusega elutervema käitumise poole võrreldes terapeutidega, kes olid läbinud lühiajalise (neljapäevase) õppe (Pasiieczny & Connor, 2011). Sama uuring leidis, et kuuekuulise DKT läbinud indiviididel vähenes võrreldes tavapärasest sekkumist (nõustamine meditsiinipersonali ja advokaatide poolt, nõustamist sotsiaalsete oskuste parendamisel ja kriisidega toimetulekul ning igapäevaelu oskuste treeningut) saavate klientidega rohkem ennastkahjustavat käitumist ning nad vajasisid vähem psühhiaatrilise haiglaravi päevi ja erakorralise meditsiini abi. Uuring leidis, et DKT on lisaks teraapiaefektiivsuse mõjule ka kuluefektiivne. McDonell jt (2010) uurisid DKT mõju pika-aegsel psühhiaatrilisel ravil viibivate noorukite hulgas ja leidsid, et DKT suurendas statistiliselt suurel määral patsientide üldist funktsionaalsust, vähendades samal ajal vajadust psühhotropsete medikamentide järele ning ennastkahjustavat käitumist.

Dialektilise käitumisteraapia oskuste treening

Dialektilise käitumisteraapia oskuste treening sündis vajadusest pakkuda tugeva emotsioonide düsregulatsiooniga inimestele võimalus õppida uusi toimetulekuoskuseid. Treening vältab pool aastat ja selle käigus on eesmärgid jagatud nelja suuremasse faasi akuutsuse printsiibil. Esmalt vähendatakse inimese suitsiidikäitumist, et saavutada käitumuslik kontroll, teiseks võimaldatakse kliendil kogeda laia emotsioonispektrit, õpetades ta toime

tulema ka personaalse emotsionaalse kannatusega. Kolmandas faasis käsitletakse käesoleva eluhetke probleeme ning neljanda eesmärk on suurendada inimese terviklikkuse tunnet ja aidata leida rõõmu (Linehan & Wilks, 2015).

DKT oskuste treeningul on neli valdkonda, milles kliendi toimetulekumehhanisme soodustatakse (Linehan 2006). Need on: teadvelolek, suhtetõhusus, emotsiooniregulatsioon ja stressitaluvus. Oskused on omakorda jaotatud kaheks: „muutuse oskused“ hõlmavad endas interpersonaalset efektiivust ja emotsioonide reguleerimist ning „aktsepteerimise oskused“ on teadvelolek ning disstressi talumine. Kuna dialektiline käitumisteraapia on aja- ja ressursimahukas, hõlmates terapeutide meeskonda ning ideaalis kliinilises keskkonnas kogu personali poolt dialektilise sekkumise kasutamist, on hakatud uurima, kas tulemusi võib anda ka ainult DKT psühhosotsiaalsete oskuste treening. On leitud, et DKT psühhosotsiaalsete oskuste treening on PIH klientide hulgas tõhusam kui tavapärane grupiteraapia vähendades teraapiast väljalangenute arvu ning alandades depressiooni, ärevuse, afektiivse ebastabiilsuse, ärrituvuse ning viha sümptomeid (Soler jt 2009). Psühhosotsiaalsete oskuste treening on andnud häid tulemusi ka söömishäirete ravis vähendades söömissööste, oksendamise esilekutsumist ja depressioonisümptomeid (Safer jt 2001 ja 2010).

Enesekaastunne

Kaastunne on inimese võime märgata ning empaatiliselt mõista teise inimese või olendi kannatusi ja soov püüda neid vähendada. Enesekaastunne (käesolevas töös on sõnu enesekaastunne ja enesesõbralikkus kasutatud sünonüümidena kuna teemakohases eestikeelses käsitluses esinevad need mõlemad, Talpsep, 2015 ja Neff, 2017) kätkeb endas sügavamat mõistmist, et elukogemuse juurde kuulub lahutamatu ka kannatustega silmitsi seismine ning nendega toimetulek, säilitades heasoovlikkus ja lahkus enda suhtes. Kaastunde kontseptsioon on laialdaselt kasutusel teadvelolekul baseeruvates teraapiates nagu Teadvelolekul Baseeruv Stressi Vähendamine (Mindfulness Based Stress Reduction ehk MBSR), Teadvelolekul Baseeruv Kognitiivne Käitumisteraapia (Mindfulness Based Cognitive Therapy ehk MBCT), Aktsepteerimise ja pühendumise teraapia (Acceptance and Commitment Therapy ehk ACT) ning Dialektiline Käitumisteraapia (Dialectical Behaviour Therapy).

Neffi (2003b) sõnul on enesekaastunne parem konstrukt enesekohase heaolu määramisel kui enesehinnang, kuna viimane vajab elujõuks pidevat teisetga võrdlemist ning võib moonutatuna soodustada nartsissismi, enesekeskuse, kahjulike eelarvamuste kujunemist ja teiste inimestega mitte arvestavate kontseptsioonide tugevnemist. Barnard & Curry (2011) leidsid, et enesesõbralikkus ennustab suuremat isiklikku heaolu, andes põhjust enesekaastunnet

kultiveerivate teraapiate, nagu on ka DKT, laialdasemaks kasutuseks. Kuyken jt (2010) leidsid, et MBCT tõhusust vahendab teadveloleku ja enesekaastunde integreerimine oma reaktsioonidesse ja käitumisse ning sekkumisjärgse kognitiivse reaktiivsuse alanemine.

Enesekaastunde mõistet avab Neff (2011) kolme polaarse komponendi kaudu, milleks on heatahtlikkus enese suhtes vs enesekriitilisus, üldinimlikkus vs isoleerumine ning teadvelolek vs segunemine. Heatahtlikkus enese suhtes on soodumus suhtuda endasse hoolivalt ja mõistvalt ka siis, kui asjad ei lähe nõnda nagu inimene soovib, jäädes seejuures nii sisemises kui ka välises mina-kõnes leebe tooni juurde. Selle vastandiks on enesekriitilisus ehk enda hurjutamine ja ebaadekvaatse käitumise eest kritiseerimine. Enda suhtes sõbralikuks jäämine aitab leppida iseenda ebatäiuslikkusega. Üldinimlikkus on tunnistamine, et kõik inimesed vahel eksivad, käituvad ebaadekvaatselt ning see kuulub inimeseks olemise juurde. Selle asemel, et minna kaasa isoleerumist soodustavate ennasthävitavate mõtetega, aitab üldinimlikkus inimesel mõista, et kõik kogevad aeg-ajalt ka ebamugavaid tundeid nagu pettumus, kurbus, viha jne. Teadvelolek on ärgas järjepidev tähelepanu hoidmine enda sees toimuval, ilma püüdluseta kogetavat alla suruda või vältida. See aitab inimesel aktsepteerida elu „nii nagu see on“. Segunemine on enda samastamine emotsioonidega ning oma väärtuse seostamine väliste muutlike teguritega.

Gremer ja Neff (2013) on leidnud, et enesekaastunne on seotud väiksema psühhopaatoloogiaga. Baer (2010) ütleb, et teadvelolekul põhinevad ravimeetodid annavad kauaaegsetel mediteerijatel suuremaid skooore enesekaastunde, psühholoogilise paindlikkuse ning metakognitiivse teadlikkuse mõõdikutel. Kõrgemad enesekohased teadveloleku, enesekaastunde ja metakognitiivse teadlikkuse skoorid ennustavad omakorda inimese üldise heaolu positiivseid skooore ning vähemaid füsioloogilisi sümptomeid. Hollis-Walker ja Colosimo (2011) leidsid, et enesesõbralikkus ja teadvelolek on omavahel tihedalt põimunud, kusjuures teadvelolek suurendab enesekaastunnet, mis omakorda tõustes kaitseb inimest tema enda kahjustavate mõtete mõjude eest.

Uuringu põhjendus

Erinevate uurijate ülalpool esile toodud leiud annavad põhjust välja selgitada, milline on tugeva emotsioonide düsregulatsiooniga inimeste enesekaastunne ja kuidas terapeutilise sekkumise käigus soodustada selle kasvu, et vähendada kannatusi ja suurendada eluga toimetulekut ning rahulolu. Seni on DKT-d ja enesesõbralikkust koos vaadeldud vähe. Töö üldisem eesmärk on uurida, milline on DKT-põhise psühhosotsiaalsete oskuste treeningu käigus enesekaastunde ja depressiooni ning ärevusskooride omavaheline seos ning milline on

enesesõbralikkuse erinevate näitajate muutuste dünaamika. See info annab täpsemat ülevaadet enesekaastunde kui ühe vaimset tervist toetava ja säilitava konstrukti kujunemisel ning potentsiaalsel muutumisel tugeva emotsioonide düsregulatsiooniga inimeste hulgas.

Hüpotees 1.

DKT-põhine oskuste treening suurendab sekkumisgrupi enesekaastunnet.

Hüpotees 2.

Enesesõbralikkuse suurenedes vähenevad depressiooni ja ärevuse sümptomid.

Autori panus

Käesoleva töö valmimises on autori panus 2016-2017 aasta katseisikute andmete sisestamine, süstematiseerimine ja juhendaja abil analüüsimine ning tõlgendamine. Teoreetilise taustaga tutvumine ja tulemuste seostamine varasemate uuringutega.

Eetiline aspekt

Käesolev uurimus on osa suuremast inimuuringust „Krooniliste psüühikahäirete emotsionaalsed ja kognitiivsed mehhanismid: muutused psühhosotsiaalsete oskuste treeningprogrammi käigus ning muutusi ennustavad tegurid“, millele andis loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee, protokoll number 236/T-12. Tegu on dialektilise käitumisteraapia psühhosotsiaalsete oskuste treeningu mõju ja toimemehhanismide analüüsiga. Osalejad on allkirjastanud uuringus osalemise nõusolekulehe ning neil on igal ajal võimalus sellest loobuda.

Meetod

Valim

Koguvalimis osales 41 inimest, sealhulgas koguti andmeid kolmel aastal. Valim koostati sekkumisele eelneval aastal psühhiaatri ja psühholoogi vastuvõtule pöördujatest, kellel oli diagnoositud meeleoluhäire, ärevushäire, somatoformne häire ja/või isiksushäire, mis oli kroonilise kuluga või sagedasti korduv. Välistati isikud, kellel on bipolaarne meeleoluhäire, psühhootiline häire (F20-F29 RHK-10 järgi), raske orgaaniline psüühikahäire, vaimne alaareng või pervasiivne arenguhäire. Klientidele tutvustati uuringus osalemise võimalust ning tingimusi ja nad allkirjastasid nõusolekulehe. Rahalist kompensatsiooni uuringus osalemise eest ei pakutud ning inimesed jagati randomiseeritult sekkumis- ja kontrollgruppi, andes viimastele võimaluse tulla sekkumisgruppi järgmisel aastal.

Protsess

Sekkumisgrupp kohtus dialektilise käitumisteraapia psühhosotsiaalsete oskuste treeninguks novembrist juunini (peaaegu) igal nädalal 2,5 tundi, kokku 27 korda. Sekkumisgrupp täitis Emotsionaalse enesetunde küsimustikku EEK-2 (Aluoja jt. 1999) iga treeninguseansi alguses paberikandjal kohapeal. EEK-2 koosneb 28 väitest, mis on koostatud RHK-10 ja DSM-IV diagnostiliste kriteeriumite järgi ning millega saab anda esmase hinnangu depressiooni ja üldise ärevuse sümptomite esinemisele viimase kuu jooksul. Iga küsimusele on võimalik vastata 5-palli skaalal, kus 0 tähistab vastust „üldse mitte“ ja 4 „pidevalt“. Enesesõbralikkuse Skaala (ESS) (Talpsep 2015, Neff 2003a) mõõtmist viidi sekkumise vältel läbi neljal korral (eel mõõtmisel enne randomiseerimist kontroll ja sekkumisrühma ning järgnevalt 11., 19. ja 27. kohtumise järel). ESS koosneb 26 väitest, millele saab hinnangu anda 5-punktilisel Likerti skaalal, kus 1 tähistab vastust „peaaegu mitte kunagi“ ja 5 „peaaegu alati“. DKT psühhosotsiaalsete oskuste treeningut viis läbi kogunud kliiniline psühhoo. Kontrollgrupi liikmed jätkasid oma tavapärast ravi/teraapiat ja täitsid sekkumise vältel EEK-2 ankeete (peaaegu) iganädalaselt veebikeskkonnas (kaemus.psych.ut.ee), Enesesõbralikkuse Skaalat täideti sekkumisgrupiga vastavatel ajahetkedel.

Algselt nõusolekulehe täitnud indiviididest (n=41) langes välja 20 inimest. Sealhulgas sekkumisrühmast (n=25) langes oskuste treeningu käigus välja 7 inimest, kellel oli igapäevane individuaalne põhjus. Lisaks täitis sekkumisrühma osalejatest küsimustikke lünklikult 6 inimest ning jäeti seetõttu lõppanalüüsist välja. Kontrollrühma randomiseeritud osalejatest (n=16),

kellel oli läbi viidud eelmõõtmine, langes välja 7 katseisikut. Osade kontrollrühma katseisikute väljalangemise põhjus võis olla pettumus, et nad ei pääsenud sekkumisgruppi. Mitmed kontrollrühmas osalejad täitsid küsimustikke nii lünklikult, et langesid välja ka protsessi käigus. Väljalangemise põhjuste seas oli uuringus osalemist mittevõimaldav meeleseisund, elumuutused (nt kolimine välisriiki). Teiste asjaolude kõrval võis väljalangemist mõjutada asjaolu, et tegu on populatsiooniga, keda iseloomustab muuhulgas pärsitud emotsioonide kontroll ning enesejuhtimine.

Tabel 1.
Osalejad

	Sekkumisgrupp N=12	Kontrollgrupp N=9
Diagnoos F3-meeleoluhäired	8	8
Diagnoos F4-ärevushäired	-	1
Diagnoos F5-sõltuvushäired	3	-
Diagnoos F6-isiksushäired	1	-
Lisadiagnoos F	4	3
Naised	10	5
Mehed	2	4

Andmetöötlus

Andmete sisestamiseks ning korrastamiseks kasutati programmi MS Excel ja analüüsiks programmi Statistica. Sekkumisgrupi ja kontrollgrupi erinevusi enesekaastundes analüüsiti t-testi, enesesõbralikkuse alaskaalasises seoses depressiooni- ja ärevussümptomitega korrelatsioonimaatriksitega ning paranejate ja mitteparanejate erinevusi korduvmõõtmiste ANOVA ning t-testiga ning valimi keskmisi skooore võrreldi kirjeldava statistiku abil.

Tulemused

Enesekaastunne

Sekkumis- ja kontrollgrupi erinevus enesesõbralikkuse alaskaaladel on välja toodud Tabelis 2. Võrreldes gruppe näitab enesekaastunde t-test, et enesesõbralikkuses tervikuna ega üheski enesekaastunde alanäitajas ei esine kahe rühma vahel DKT-põhise psühhosotsiaalsete oskuste treeningu vältel erinevusi.

Tabel 2.
Enesesõbralikkus

	Sekkumisgrupp (keskmine) N=12	Kontrollgrupp (keskmine) N=9	t-väärtus	p
Eelmõõtmine				
Üldinimlikkus	2.42	2.58	-0.40	.69
Teadvelolek	2.58	3.22	-1.83	.08
Heatahtlikkus enda suhtes	2.00	2.31	-0.85	.40
Isoleerumine	3.88	3.58	0.70	.49
Segunemine	3.85	4.25	-1.53	.14
Enesekriitilisus	3.90	3.67	0.69	.50
Enesesõbralikkus KOKKU	2.21	2.43	-0.80	.44
11. mõõtmine				
Üldinimlikkus	2.23	2.67	-1.13	.27
Teadvelolek	2.56	3.14	-1.95	.07
Heatahtlikkus enda suhtes	1.83	2.27	-1.59	.13
Isoleerumine	3.69	3.78	-0.26	.80
Segunemine	3.98	4.11	-0.64	.53
Enesekriitilisus	3.98	3.76	0.96	.35
Enesesõbralikkus KOKKU	2.18	2.43	-1.42	.17
19. mõõtmine				
Üldinimlikkus	2.48	2.78	-0.79	.44
Teadvelolek	2.63	3.17	-1.69	.11
Heatahtlikkus enda suhtes	2.05	2.44	-1.18	.25
Isoleerumine	3.75	3.67	0.24	.81
Segunemine	3.85	4.03	-0.87	.39
Enesekriitilisus	3.97	3.80	0.54	.59
Enesesõbralikkus KOKKU	2.25	2.47	-1.00	.33
27. mõõtmine				
Üldinimlikkus	2.48	2.72	-0.52	.61
Teadvelolek	2.79	3.22	-1.49	.15
Heatahtlikkus enda suhtes	2.30	2.47	-0.41	.69
Isoleerumine	3.75	3.64	0.37	.72
Segunemine	3.92	3.75	0.58	.57
Enesekriitilisus	3.75	3.40	1.13	.27
Enesesõbralikkus KOKKU	2.35	2.60	-0.89	.38

Enesesõbralikkuse erinevate näitajate seosed ärevus- ja depressiooniskooridega on välja toodud Tabelis 3, kus on korreleeritud enesekaastunde eelmõõtmist, 11., 19. ja 27. mõõtmist EEK-2 vastavate mõõtmistega.

Eelmõõtmisel, enne oskuste treeningu algust, joonistub enesesõbralikkuse alaskaaladel statistiliselt oluliselt välja depressiooniskooride otsene seos segunemise ja enesekriitilisusega. Üldinimlikkus, teadvelolek ja heatahtlikkus enda suhtes kui enesekaastunde tuumkomponendid ei anna eelmõõtmisel ühtegi statistiliselt olulist tulemust. Statistiliselt olulise tulemusena korreleerub suurem enesekaastunde koguskoor depressiooniskooridega. Seejuures on ärevusskooride ja enesekaastunde vaheline seos nõrgem, andmata esimesel korreleerimisel ühtegi statistiliselt olulist seost.

11. mõõtmisel ilmneb statistiliselt oluline negatiivne korrelatsioon üldinimlikkuse ja teadveloleku alaskaalade tulemusel nii depressiooni kui ärevuse näitajatega. Enesesõbralikkuse koguskoor siin statistiliselt olulist tulemust ei anna.

19. mõõtmisel on taas toimunud muutus enesekaastunde ja ärevus- ning depressiooniskooride vahel. Statistiliselt oluliselt joonistub välja ainult depressiooniskooride seos teadveloleku, segunemise, enesekriitilisuse ja enesekaastunde üldskooriga. Ärevusskoorid siin statistiliselt olulist tulemust ei anna.

27. mõõtmisel joonistuvad depressiooniskooride statistiliselt olulised seosed üldinimlikkuse, teadveloleku, segunemise, enesekriitilisuse ning enesesõbralikkuse üldskooriga. Kõik samad enesekaastunde alanäitajad annavad statistiliselt olulise seose ka ärevusskooridega, üldinimlikkus, teadvelolek, segunemine, enesekriitilisus ja enesekaastunde üldskoor.

Tabel 3.

Enesesõbralikkuse ja EEK-2 ärevuse- ning depressiooniskoorid

Tunnus	EEK-2 ärevuse skoorid	EEK-2 depressiooni skoorid
Eelmõõtmine		
Üldinimlikkus	-.01	-.38
Teadvelolek	.15	-.06
Heatahtlikkus enda suhtes	-.23	-.12
Isoleerumine	.31	.39
Segunemine	.27	.61***
Enesekriitilisus	.28	.64***
Enesesõbralikkus KOKKU	-.21	-.47*
11. mõõtmine		
Üldinimlikkus	-.49*	-.52*
Teadvelolek	-.50*	-.56**
Heatahtlikkus enda suhtes	-.12	-.13
Isoleerumine	-.08	-.03
Segunemine	.09	.07
Enesekriitilisus	.11	.27
Enesesõbralikkus KOKKU	-.35	-.39
19. mõõtmine		
Üldinimlikkus	-.21	-.37
Teadvelolek	-.26	-.51*
Heatahtlikkus enda suhtes	-.07	-.35
Isoleerumine	-.10	-.04
Segunemine	.42	.62***
Enesekriitilisus	.29	.54**
Enesesõbralikkus KOKKU	-.24	-.53**
27. mõõtmine		
Üldinimlikkus	-.53*	-.76***
Teadvelolek	-.63***	-.86***
Heatahtlikkus enda suhtes	-.13	-.39
Isoleerumine	.18	.38
Segunemine	.47*	.56**
Enesekriitilisus	.53**	.78***
Enesesõbralikkus KOKKU	-.50*	-.77***

*Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .05$ **Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .01$ ***Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .001$ **Paranemine**

Uuringus osalenud inimesed on jagatud paranejateks ja mitteparanejateks vastavalt sellele, kuidas muutuvad nende vastused psühhomeetrilisel mõõdikul EEK-2 sekkumisaja teisel poolel. Paranejate ärevuse- ja depressiooniskoorid hakkavad sekkumisaja teisel poolel järjepidevalt alanema.

Paranejaid on nii treeningugrupis (n=5) kui ka kontrollgrupis (n=2). Sealhulgas on ainult psühhosotsiaalsete oskuste treeningugrupis osalenutel märgata tendentsi enesesõbralikkuse suurenemise poole (Joonis 1). Kui eristada mitteparanejaid paranejatest kogu valimis (Tabel 4), annavad nende kahe grupi võrdluses statistiliselt olulise muutuse teraapia lõpuks enesesõbralikkuse näitajad üldinimlikkus, teadvelolek, segunemine ning enesekriitilisus.

Enne psühhosotsiaalsete oskuste treeningu algust eristab paranejaid mitteparanejatest juba esmasel mõõtmisel eristuv statistiliselt oluline üldinimlikkuse skoor, mille erinevus treeningu lõpuks kahe grupi vahel süveneb. Muutus enesekaastundes joonistub statistiliselt oluliselt välja ainult siis, kui eristada mitteparanejad paranejatest.

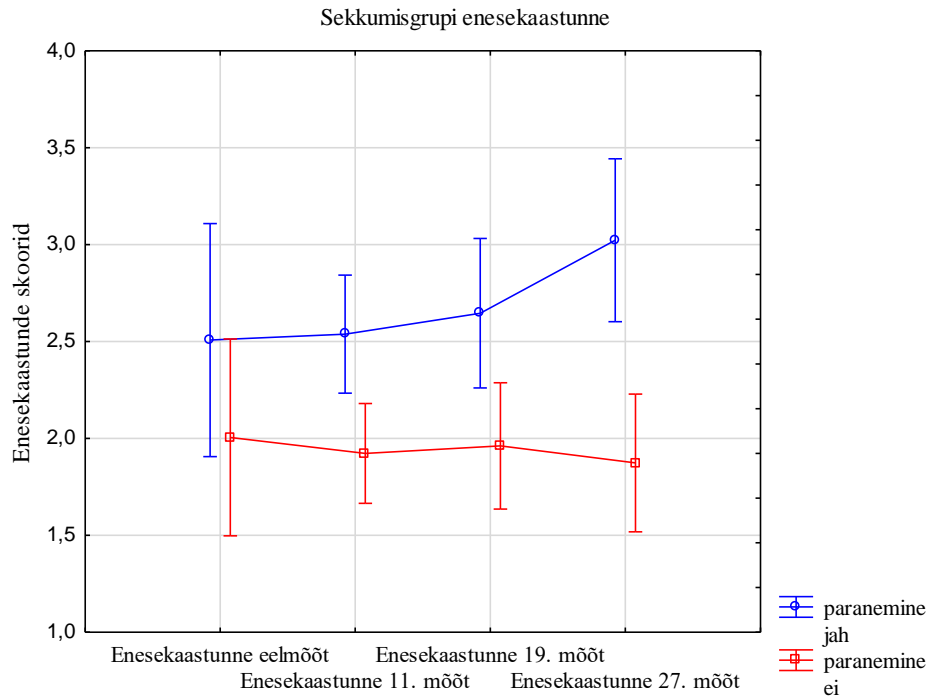
Tabel 4.
Paranejad vs mitteparanejad ja enesesõbralikkus

	Eelmõõtmine				27. mõõtmine			
	Mitte- para- nejad N=14	Para- nejad N=7	t-väärtus	p	Mitte- para- nejad N=14	Para- nejad N=7	t-väärtus	p
Üldinimlikkus	2,21	3,04	-2,08	.05*	2,11	3,54	-3,84	.001***
Isoleerumine	3,75	3,75	0,00	.00	3,86	3,39	1,54	.14
Teadvelolek	2,80	2,96	-0,41	.69	2,66	3,61	-4,01	.001***
Segunemine	2,80	2,96	-0,41	.69	4,04	3,46	2,08	.05*
Heatahtlikkus enda suhtes	2,13	2,14	-0,04	.97	2,19	2,74	-1,36	.19
Enesekriitilisus	4,01	3,37	1,97	.06	3,87	3,06	2,92	.01**
Enesesõbralikkus kokku	2,20	2,51	-1,11	.28	2,20	2,98	-3,38	.001***

*Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .05$

**Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .01$

***Korrelatsioon on statistiliselt oluline olulisustõenäosusega $p \leq .001$



Joonis 1 Sekkumisrühma enesesõbralikkuse muutus ajas

Joonis 1 illustreerib treeningugrupi paranejate hulgas tendentsi enesesõbralikkuse suurenemise poole. Samuti on näha, et mitteparanejate enesekaastunne ei muutu.

Tabelis 5 on kõrvutatud Talpsep (2015) magistr töö Enesesõbralikkuse skaala erinevate näitajate keskmisi tulemusi käesoleva töö valimi keskmistega. Talpsepa tööst on isoleerumise, segunemise ja eneskriitilisuse pööratud keskmised kohandatud konkreetse töö andmete esitusviisiga ja tabelis esitatud võrdlused omavahel kooskõlas.

Tabel 5.
Tavapopulatsiooni ja sekkumispopulatsiooni enesesõbralikkuse erinevate näitajate keskmised

Tunnus	Tava populatsiooni keskmine*	SD	Sekkumispopulatsiooni keskmine eelmõõtmisel	SD
Üldinimlikkus	3.47	.86	2.49	.92
Teadvelolek	3.63	.77	2.86	.84
Heatahtlikkus enda suhtes	3.39	.87	2.13	.82
Isoleerumine	1.97	1.08.	3.75	.93
Segunemine	2.27	.94	4.02	.61
Eneskriitilisus	1.99	.95	3.80	.75

SD- standardhälve

Märkus: Vastused on antud Likerti skaalal 1-5.

*Tavapopulatsiooni moodustavad siin Talpsepa magistr töö katseisikud

Arutelu

Käesoleva töö eesmärk oli uurida, millisel moel on DKT-põhisel psühhosotsiaalsete oskuste treeningul depressiooni ja ärevuse sümptomid seotud enesesõbralikkusega. Varem pole DKT oskuste treeningu mõju enesesõbralikkusele analüüsitud kuigi palju. Enesesõbralikkus koosneb erinevatest näitajatest, millest üks on teadvelolek ning selle mõjuuringuid emotsioonide regulatsioonile on tehtud. Teadlased on leidnud, et juba noorte inimeste kõrgem dispositsiooniline teadvelolek ennustab paremat vaimset tervist ning vähemaid psühhopatoloogilisi sümptomeid tulevikus (Pepping jt, 2016). Malinowski (2013) ütleb, et meditatsioonipraktika mõjutab positiivselt tähelepanufunktsiooni, mille kaudu ärkab inimeses hinnanguvaba teadlikkus ja muutus käitumises. Siiski toovad Watford & Stafford (2015) tervete inimeste peal tehtud uuringus välja, et kuigi ka lühiajalised (mitteregulaarsed) teadveloleku praktikad suurendavad emotsionaalset teadlikkust, ei suuda nad parandada inimese võimet emotsioone reguleerida piisavalt hästi, et pikemaajalise ebameeldivusega toime tulla. Uurijad ütlevad, et see annab selgituse, miks paljud võivad teadveloleku praktiseerimise algstaasis kogeda veelgi suuremat emotsioonide düsregulatsiooni. Samas on teada, et teadveloleku mõju vahendab vähemalt mingis võtmes enesekaastunne ja need kaks konstrukti on omavahel tihedalt põimunud (Hollis-Walker & Colosimo, 2011).

Töö esimene hüpotees kinnitust ei leidnud. DKT-põhine oskuste treening ei suurenda sekkumisgrupi enesekaastunnet tervikuna. Vaid nendel uuritavatel, kellel vähenesid sekkumise teises pooles depressiooniskoored, tõusis märgatavalt enesekaastunne. Üldinimlikkus, teadvelolek ja heatahtlikkus enda suhtes kui enesesõbralikkuse tuumkomponendid ei anna eelmõõtmisel ühtegi statistiliselt olulist tulemust. On võimalus, et need mõisted ei kõneta ega tundu inimestele arusaadavad. DKT käigus toimub pidev terapeudi poolne uue käitumise kinnitamine ja treeningu ajal võisid osalejad enesesõbralikkuse alaskaalade väidetest paremini aru saada hakata ja see tingida ka paranejate suuremad enesesõbralikkuse skoorid. Linehan (2015) ütleb, et treening-grupis toimub omamoodi tunnete valideerimine, mida rühma liikmed mujal tõenäoliselt ei koge ning see loob soodsama pinnase eneseaktsepteerimiseks. Edasisi uuringuid vajab see, millisel moel mehhanism täpselt töötab.

Sekkumis- ja kontorollgrupi eelmõõtmise enesesõbralikkus ei erista paranejaid ja mitteparanejaid koguvahel põhjal. Küll aga tuleb enesesõbralikkuses statistiliselt oluline erinevus välja psühhosotsiaalsete oskuste treeningu lõpuks sekkumisgrupis, kui eraldada paranejad mitteparanejatest. Seega on paranemise protsess enesesõbralikkuse tõusuga seotud, ent seda ainult sekkumisrühmas.

Teine hüpotees, et enesesõbralikkuse suurenedes vähenevad depressiooni ja ärevuse sümptomid, ei leidnud kinnitust otseselt, kuna enesekaastunne gruppides vaadeldava aja jooksul üldskoorina ei muutunud. Küll aga tekkis enesesõbralikkuse ning selle erinevate näitajate vahel sisemine dünaamika, mis annab põhjust arvata, et enesekaastunde suurenedes ärevuse ja depressioonis sümptomid siiski vähenevad. Muutus enesekaastundes toimub visalt ning mitte kõigil DKT-põhisel psühhosotsiaalsete oskuste treeningul osalenutel. Tõenäoliselt toob muutus enesesõbralikkuses kaasa sümptomite vähenemise. Et mõista põhjalikumalt paranemise mehhanismi, oleks vaja uurida treeningu läbinud paranenud ja mitteparanenud inimeste protsessi kvalitatiivselt.

Kui vaadelda Tabelit 3, joonistub sealt välja huvitavaid leide. Selgub, et enesesõbralikkus on kroonilise emotsioonide düsregulatsiooniga isikutel tugevamalt seotud depressiooni kui ärevuse sümptomitega. Kõige enam statistiliselt olulisi korrelatsioone annavad nõ negatiivsed enesekaastunde alaskaalad segunemine ja enesekriitilisus, mille nõ positiivsed vasted on teadvelolek ja heatahtlikkus enda suhtes. Põhjalikumalt uuringut vajab see, kas eneskaastunde kujunemisel emotsioonide düsregulatsiooniga inimeste hulgas hakkavad esmalt taanduma ennast-kahjustavad käitumisviisid. Põhjus seda arvata on kooskõla Linehani DKT mudeli sekkumiseesmärkide prioriteetidega, millest oli juttu sissejuhatuses. Vihje sellele annab ka Van Dam jt (2011) töö suure kogukonnavalimi põhjal inimeste hulgas, kes otsisid abi ärevuse ja depressioonistressiga toimetulekul. Uurijad leidsid, et võrreldes teadvelolekuga on enesekaastunne mitmeid kordi jõulisem ärevuse ja depressioonisümptomite ning eluga rahulolu ennustaja. Eriti tugevalt joonistus enesekaastunde alaskaaladest välja enesekriitilisuse mõju ärevuse ja depressioonisümptomite ennustamisel. Woodruff jt (2014) leidsid samuti, et enesesõbralikkus ennustab psühholoogilist tervist paremini kui teadvelolek. Diedrich jt (2014) töid välja enesekaastunde positiivse mõju korduva depressiooniga haiglaravi vajanud patsientide hulgas.

Tabelis 4. ilmneb dünaamika enesekaastunde polaarsete komponentide vahel, kus kõige tugevama statistilise tulemuse koos annab teadvelolek ja segunemine. Põhjus just nende alaskaalade esilekerkimisel võib olla selles, et teadvelolek on DKT-sekkumise läbiv joon (Linehan, 2015) ning ka DKT-põhisel psühhosotsiaalsete oskuste treeningul oli teadveloleku praktikatel suur osakaal. Enesekaastunnet otseselt ei õpetata, ent varasemad teadvelolekule suunatud sekkumiste uuringud annavad aimu sellest, et enesekaastunne tõuseb siiski ja seda peetakse oluliseks mehhanismis depressiooniepisoodide ennetamisel (Kuyken jt 2010). See on mõneti kooskõlas Perroud jt (2012) leiuga, kui DKT ravimeetodit rakendati PIH isikutel ning ainus statistiliselt olulise muutusega tulemus Kentucky teadveloleku oskuste küsimustiku

(KIMS) alanäitajast ilmnes aktsepteerimisel ilma hinnanguta. Vaadeldes teisi polarseid komponente, hakkab üldnimlikkuse ja isoleerumise paarist esimesena muutuma üldnimlikkus. Kõrvutades heatahtlikkust enda vastu enesekriitilisusega muutub esmalt enesekriitilisus.

Kuigi tabel 5 kõrvutatavad valimid ei ole üldandmete poolest identsed, annab see siiski aimu, kui erinev võib olla tavapopulatsiooni ja kroonilise emotsioonide düsregulatsiooniga inimeste enesesõbralikkus. Enesesõbralikkuse alanäitajad üldnimlikkus, heatahtlikkus enda suhtes ja teadvelolek on normpopulatsioonis umbes ühe punkti võrra suurem, mis Likerti skaala ulatuses on märkimisväärne tulemus. Isoleerumine, segunemine ja enesekriitilisus kui enesekaastunde nõ negatiivsed näitajad annavad veelgi suurema erinevuse.

Ülaltoodu annab põhjust edasi uurida enesekaastunde erinevate näitajate omavahelist dünaamikat ja leida viise, kuidas kultiveerida enesekaastunde ärkamist psühhiaatrilist abi vajavate erinevate häiretega inimeste hulgas.

Viited

- 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.
- Baer, R. A. (2010). Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. *Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications*; 135-153.
- Barnard, L.K. & Curry, J.F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15, 4, 289–303.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W. & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51.
- Germer, C.K. & Neff, K.D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 856–867.
- Hollis-Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222–227.
- Korzekwaa, M.I., Dell, P.F., Links, P.S., Thabane, L. & Webb, S.P. (2008) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 380–386.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., ...Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Linehan, M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder, Guilford Press, New York.
- Linehan, M. M., Wilks, C. R. (2015) The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 2, 97-110.

Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training manual, Second Edition*. London: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicide and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 757–776.

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A., (1999) Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*. *8*, *4*, 279–92.

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, *7*, *8*.

McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A.P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H. & McClellan, J. M., (2010). A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent Long-Term Inpatient Care. *Child and Adolescent Mental Health*, *15*, *4*, 193-196.

Neff, K.D. (2003a) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*, 85–102.

Neff, K.D., (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, *5/1*, 1–12.

Neff, K.D., (2017) Enesekaastunne: Lõpetage enese nüpeldamine ja jätkke ebakindlus seljataha. Eesti: AS Äripäev.

Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C. & Herpertz, S.C., (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *739–747*.

- Pasieczny, N. & Connor, J., (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 4-10.
- Pepping, C.A., Duvenage, M., Cronin, T.J. & Lyons, A. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences* 99, 302–307.
- Perroud, N., Nicastro, R., Jermann, F. & Huguelet, P. (2012). Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: Preliminary results. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16, 189–196
- Safer, D. L. & Booil, J. (2009) Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 1, 106-120.
- Safer, D. L., Telch, C.F. & Agras, W. S., (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 4, 632-634.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, ...Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 5, 353-358.
- Talpsep, T. (2015). Measuring mindfulness and self-compassion: A questionnaire and ERP study. Master Thesis. Tartu: Tartu Ülikool.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123–130.
- Watford, T. S. & Stafford, J. (2015). The Impact of Mindfulness on Emotion Dysregulation and Psychophysiological Reactivity Under Emotional Provocation. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 2, 90–109.

- Winter, D., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Bohus, M., Schmahl, C. & Herpertz, S.C., (2017). Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267, 51–62.
- Woodruff, S. C., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Crowley, K. J., Hindman, R. K., & Hirschhorn, E. W. (2014). Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness*, 5, 410-421.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005) The prevalence of DSMIV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-8.

Tänu sõnad

Sügav ja hindamatu tänu minu töö juhendajale Marika Paaverile, PhD, kõikide suuniste, inspireerivate vestluste ning innustuse eest. Tänan ka kõiki oma meditatsiooniõpetajaid, kelle juhised on andnud mitmekülgse kogemuse teadveloleku praktikate kasutusvõimalustest ja aidanud avada nende rakenduspotentsiaali erinevates keskkondades ja sihtgruppidel.

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.

Liis Luik