

Kognitiivteraapia – mitte lihtsalt positiivse mõtlemise õpetamine

Kaia Kastepõld-Tõrs – Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon

Mõelge positiivselt! Ilmselt on kõik meist ühel või teisel ajahetkel seda lauset kuulnud või ise öelnud. Kui räägitakse kognitiivsest psühhoteraapiast, siis võib samuti kuulda arvamust, et tegeletakse positiivse mõtlemisega, täpsemalt negatiivsete mõtete asendamisega positiivsetega. Pealiskaudsel lähenemisel ei olegi selles arvamuses midagi valesti. Süüvides aga selgub, et ainult sellisest käsitlusest probleemide lahendamisel tihti ei piisa. Artiklis on püütud vastata küsimustele, mis on kognitiivne käitumisteraapia, kuidas see toimib, millistel juhtudel seda soovitatakse ning kus Eestis sellega tegeletakse.

KLASSIKALINE KOGNITIIVNE TERAAPIA

Kognitiivse psühhoteraapia on algselt välja töötanud depressiooni raviks Aaron Beck, hiljem on seda kohandatud kasutamiseks enesetappude vältimiseks, samuti ärevushäirete, isiksusehäirete, sõltuvusprobleemide ja skisofreenia raviks. Kognitiivteraapia on teooriapõhine, tugineb teadmiste kognitiivsete protsesside toimimise põhimõtetest. Kuivõrd selles vallas tehtav teadustöö on arenenud jõudsalt, on ka teoreetilised teadmised ravipõhimõtetest pidevalt täpsustunud ja täienenud.

Kognitiivse teraapia tuumaks on välisinfo töötlus, see on keskne protsess inimeste kohanemisel ja ellujäämisel (1). Kognitiivne süsteem on aga omakorda seotud afektiivsuse ehk tundmuslikkuse, motiveerituse ning käitumusega. Igal nendest on täita oma spetsiifiline ülesanne

ning koostöös teiste süsteemidega olulisemad ja üldisemad ülesanded. Näiteks on „ründa või põgene“ reaktsiooni põhiline eesmärk tagada ohtlikus olukorras ellujäämine – igas olukorras valida sobivaim käitumisstrateegia. Selles osalevad erinevad süsteemid oma spetsiifiliste ülesannetega: ohu tõlgendamise eest vastutab kognitiivne, ärevuse või viha kogemise eest afektiivne, valmiduse üle vastanduda või põgeneda motivatsiooniline ning tegevusplaani elluviimise eest käitumuslik süsteem. Ükski neist ei ole olulisem kui teine, kõik need on vajalikud põhiülesande täitmisel. Sellest tuleneb ka kognitiivse teraapia suunatus tervikule, see tähendab et kõik need süsteemid on kaasatud teraapiaprotsessi. Kujundlikult öelduna – n-ö üks majja on kognitiivne süsteem. Kognitiivsed ehk info töötlemise protsessid on tuum, mida muutes saame mõjutada ka teisi, ehk viisid, kuidas inimene skriinib, kodeerib, kategoriseerib ja tõlgendab sisemist ja välist infot, mõjutavad seda, kuidas ta ennast tunneb ja kuidas käitub.

Psühhopatoloogia kujunemisel on kognitiivse teooria järgi tähtis roll mängida uskumuste, tähenduste ja mälestuste aktiveerumisel, mis toimivad kooskõlas emotsioonide, käitumise ja füsioloogiliste reaktsioonidega. Diateesi-stressi mudelist lähtudes tähendab see, et inimene võib uskumuste mittetoimiva süsteemiga elada ja tal häirele viitavaid sümptomeid ei ole. Seda aga niikaua, kuni see süsteem ei ole aktiveeritud. Ebakohaste uskumuste aktiveerumine aga vallandab hulga kognitiivseid reaktsioone, mis viivad

juba spetsiifiliste häirete avaldumiseni (nt katastrofiseeriv mõtlemine paanikahäire puhul, negatiivne minatõlgendus depressiooni puhul, kahtlused turvalisuse suhtes sundhäire korral).

Uuringutes on näidanud, et inimestel on kalduvus sõeluda infot ja reageerida stiimulitele kooskõlas oma uskumuste süsteemiga ehk lähtudes eeldustest (1). Näiteks võib depressiivne inimene tõlgendada komplimenti pigem enda puudustele osutamisenä, sest ta eeldab, et talle pole põhjust komplimenti teha.

Kognitiivne teraapia tugineb kolmele põhimõttele (1):

- Ligipääsetavus. See on eeldus, et inimene on võimeline vastava kogemuse, motiveerituse astme ja tähelepanuvõime korral saama teadlikuks oma mõtlemisprotsessist.
 - Vahendamine. See on viis, kuidas inimesed sündmustest mõtleavad ja neid tõlgendavad ning see mõjutab nende emotsioone ja käitumist.
 - Muutumise põhimõte. Inimesed tulevad paremini toime, kui nad sihipäraselt kohandavad oma mõtlemist ja käitumist oludele.
- Kognitiivne teraapia on struktureeritud, sisaldades kindlat ülesehitust, mis muudab teraapia arusaadavaks ja juhitavaks ka selles osaleva inimese jaoks. Samal ajal on ravi siiski paindlik ja loominguiline ning tugineb usalduslikule ja toimivale aktiivsele koostöösuhtele. Teraapias osaleja roll on olla terapeudile aktiivne ja iseseisev partner.

Kognitiivse teraapia sisuline eesmärk on leida üles toimetulekut

mittetoetavad (tõesed ja mitte-tõesed) uskumused ning asendada need sellistega, mis toetavad toimetulekut, kohanemist. Meetodid, mida selleks rakendatakse, on suunatud inimese enda jõustamisele, et ta suudaks ise jälgida ja analüüsida endaga toimuvat, seejuures välditakse veenmist ja keelitamist. Meetodid hõlmavad terapeutilise suhte loomist, käitumusmuutuste esilekutsumist, kognitiivse restruktureerimise tehnikaid, tuumuskuumuste ja skeemide kohandamist ning tagasilanguste ennetamist.

Terapeutilise protsessi eesmärk on inimesele n-ö kaasa anda vahendid ja viisid iseenda abistamiseks ja toetamiseks. See tähendab, et ravi viiakse võimalikult kiiresti teraapiaruumist välja, muu hulgas ka näiteks regulaarsete iseseisvate koduste ülesannete kaudu, mida inimene teeb teraapiaseansside vahelisel ajal. Kõik see loob võimalused hoida raviprotsess suhteliselt lühike. Konkreetsete häirete raviks mõeldud kognitiivse käitumisteraapia pikkus on enamasti 12–24 seanssi, mis toimuvad igal nädalal. Igapäevane kliiniline praktika võib sellest erineda ja võib sõltuda näiteks inimese teraapias osalemise motivatsioonist, kaasuvate häirete olemasolust ja teistest teguritest.

UUED ARENGUSUUNUDMUSED

Longmore ja Worrell (2) on ülevaateartiklis analüüsinud ravi tõhususe uuringuid ja kritiseerinud kognitsiooni keskset rolli. See peegeldab kognitiiv-käitumisteraapia valdkonnas toimuvat arengut, kus otsitakse seniste lähenemiste kõrvale uusi vaateid. Nii saame rääkida nn uue põlvkonna kognitiiv-käitumisteraapia suundadest, mis kokkuvõtlikult on iseloomustatavad kui kontekstuaalsed meetodid (3) vastandina klassikalisele, s.t sisule (ehk kognitsioonile) keskenduvale teraapiale.

Kontekstuaalsed kognitiiv-käitumisteraapia suunad keskenduvad psühholoogiliste sündmuste

kontekstile ja funktsioonile (vs. nende tõesus, vorm, sagedus jms). Teraapia eesmärk on mõjutada inimese suhet oma mõtete ja emotsioonidega, mitte pelgalt tegeleda vaid nende kogemuste sisuga. Rakendatavad meetodid on teadvelolek, tähelepanu suunamine, aktsepteerimine, käitumuslik aktivatsioon, suhted. Näiteks keskendub kontekstuaalne kognitiivne käitumisteraapia rumineerivate mõtetele (millist „kasu“ see inimesele toob ehk missugust eesmärki inimene rumineerimise kaudu täidab) või mõtetest teadlikuks saamisele (teadlik olemine oma mõtetest, ka negatiivsetest, ja sellest, et neid ei pea tingimata muutma, vaid aktsepteerima). Lisandub väärtuste ja põhimõtete üle arutlemine ehk näiteks see, millise tähendusega on teatud sündmused inimese elus. Inimest toetatakse oma mõtete ja emotsioonide reguleerimisel.

Kognitiiv-käitumisteraapia ei ole tänapäeval vaid klassikalise, Becki väljatöötatud teraapiamudeli pärusmaa. Kuigi sellel mudelil on selgelt oma eelised, rakendusvaldkond ja järgijad, laieneb üha enam eespool kirjeldatud kontekstuaalne lähenemine (nimetatud vahel ka kolmandaks laine kognitiiv-käitumisteraapias) ning üha jõudsamalt leiavad kasutust integratiivsed teraapiamudelid.

Integratiivsete teraapiamudelite alus on kognitiivne ja/või käitumuslik lähenemine, millele on liidetud juurde erinevaid põhimõtteid või tehnikaid. Sellise teraapia näitena saab tuua dialektilise käitumisteraapia (4), mis rajaneb dialektilisel filosoofial (nn dialektilised pinged vastandlike meeleolude vahel) ning kus kombineeritakse kognitiiv-käitumuslikke ja teadvelolekul põhinevaid võtteid. Teraapia mudel on algselt välja töötatud piirialase isiksusehäirega ja suitsidaalsete patsientide raviks, aga praeguseks on selle rakendus laienenud. Keskne protsess teraapias on emotsioonide regulatsioon.

Skeemiteraapia (5), mis on samuti üks integratiivne teraa-

pia mudel, rajaneb eeldusel, et negatiivsete kognitsioonide juured on minevikus (s.t. enamasti lapsepõlves väljakujunenud skeemides). Selle teraapia puhul kombineeritakse kognitiivseid, psühhodünaamilisi ja geštaltteraapia võtteid ning kiindumusuhete teooriat. Algselt on see välja töötatud isiksusehäirete raviks ja samamoodi eelmise näitega on rakendus praeguseks laienenud, näiteks rakendatakse seda komplekstraumaga patsientidel. Keskendutakse kognitiivsetele skeemidele iseenda, teiste inimeste ja suhete kohta. Teraapia keskmeks on mittetoimivate skeemide leidmine ja nendest teadlikuks saamine ning toimivate skeemide tugevdamine.

EFEKTIIVSUS

Kognitiivne käitumisteraapia on lisatud mitmete häirete kliinilistesse ravijuhenditesse kui empiirilisel toetatud meetod (nt depressiooni, üldistunud ärevushäire, posttraumaatilise stressihäire ravis täiskasvanute ja laste puhul; söömishäirete, sõltuvushäirete, isiksusehäirete ravis). Teraapia efektiivsuse võtab ilmekalt kokku artikkel (6), mis hõlmab ajavahemikul 1967–2004 tehtud metaanalüüse kognitiivse käitumisteraapia tõhususe kohta (kokku oli hõlmatud 16 tööd, 332 uuringut, ligi 10 000 uuritavat). Tulemused näitasid, et ravi on väga tõhus unipolaarse depressiooni, üldistunud ärevushäire, paanikahäire ja sotsiaalärevuse puhul. Kognitiivse käitumisteraapia toime on paarisuhte düstressi, viha ja kroonilise valu puhul tõhus, aga veidi vähem kui eelmainitud seisundite korral.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et praeguseks on kognitiivse käitumisteraapia erinevad mudelid leidnud oma koha meeleolu- ja ärevushäirete ravis; traumajärgsete häirete, sõltuvushäirete, söömishäirete, psühhoosiliste häirete ravis. Samuti on need toimivad kroonilise valu, unehäirete ja psühhosomaatiliste haiguste puhul.

EESTIS

Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon (EKKA) koondab ligi 60 psühholoogi ja psühhiaatrit, kes on läbinud väljaõppe ja rakendavad kognitiivteraapiat oma igapäevatoös. Enamasti võib kognitiivkäitumisterapeute leida kliinikutes ja haiglates (valdavalt psühhiaatrikliinikutes, aga ka nt taastusravi-, neuroloogia- jm kliinikutes). Eesti suuremates haiglates on sellise ravi võimalus olemas. Kognitiivkäitumisterapeudid töötavad ka mitmetes erakliinikutes ja nõustamiskeskustes. Kuivõrd kognitiivne teraapia on haigekassa rahastatud teenuste hulgas, on inimestel võimalik ravile pöörduda eriarsti (psühhiaatri) suunamiskirjaga. Kindlasti on võrreldes paljude riiki-

dega meie olukord terapeutide hulga ja pakutava teenuse kättesaadavuse poolest veel arenguruumiga, aga tööolukorra parandamise nimel käib.

KOKKUVÕTTE ASEME

Jälgides 15 aasta jooksul muutusi kognitiivkäitumisteraapia koolkonnas, võib nentida, et selle ravi-meetodi puhul ei ole hoolimata teraapia tõhusust kinnitavale teadustööle jäädud loorberitele puhkama. Valdakonda arendatakse pidevalt edasi – õpitakse oma vigadest, otsitakse uusi väljundeid. Väga paljud kognitiivkäitumisterapeudid ei ole mitte ainult head praktikud, vaid nad on haaratud ka teadustöösse. Niimoodi, ühendades praktilisi ideid ning teaduslikke meetodeid nende kontrollimiseks

ja seletamiseks, kujuneb parim praktika patsientide aitamiseks erinevate psüühiliste ja ka somaatiliste haiguste ravis.

KIRJANDUS

1. Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. *Annu Rev Med* 2011;62:397-409.
2. Longmore RJ, Worrell M. Do we need to challenge thoughts in cognitive behaviour therapy? *Clin Psychol Rev* 2007;27:173-87.
3. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:141-68.
4. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Publications; 1993.
5. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Publications; 2003.
6. Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006;26:17-31.

kaiakastepold@gmail.com

Kommentaari**Kersti Luuk – TÜ psühhiaatrikliinik**

Esimeseks teaduspõhiseks psühhoterapiaks peetakse Joseph Wolpe'i loodud süstemaatilist desensibiliseerimist eelmise sajandi viiekümnendate lõpus. See on tänini kasutatav käitumisteraapia viis, kus ärevust ja hirmu pidurdatakse nendega kokkusobimatu samaaegse lõõgastusseisundi esilekutsumisega. Klassikaline kognitiivne teraapia, mille tekkeaeg jääb eelmise sajandi kuuekümnendate teise poolde, on niinimetatud teise laine teaduspõhine psühhoterapia, mille loojad ja kuulsaimad esindajad on kahtlemata Albert Ellis ja Aaron Beck. Klassikalise kognitiivteraapia idee on ülimalt lihtne: inimeste emotsionaalsete probleemide, sealhulgas psühhikahäirete tekkimises, aga ennekõike püsimes on kesksel kohal tähenduste süsteem. Klassikalise kognitiivse teraapia uuringud

keskendusid esialgu depressiooni ja ärevust iseloomustavatele kognitsioonidele üldse.

Möödunud sajandi kaheksakümnendate lõpus sai alguse käitumisteraapia ja kognitiivse teraapia ühinemise protsess, mis päädis üheksakümnendate alguses kognitiivse käitumisteraapia (KKT) tekkimisega. Kognitiivsele ja käitumisteraapiale on osaks saanud õnn olla kõige laiema tõenduspõhisega psühhoterapia. Selle perioodi teadusuuringud keskendusid psühhikahäirete klassifikatsioonis loetletud häirete KKT mudelite tõhususe hindamisele ja edasisele häirespetsiifiliste mudelite täiustamisele. Näiteks on piisavalt tõendatud, et paanikahäire mehhanismis on turvalisuskäitumisel oluline osa aktivatsiooni sümptomite katastroofiliste tõlgenduste säilimises.

Kognitiivse käitumisteraapia spetsiifiliste häiremudelite loomise eesmärk oli võimalikult täpselt kirjeldada erinevatele häiretele iseloomulikke mehhanisme ning võimaldada seeläbi täpsemat ja tõhusamat sekkumist. Paradoksaalselt võimaldas spetsiifiliste häiremehhanismide täielikum mõistmine ka häireülestes nähtustes paremat orienteerumist. Erinevate psüühikahäirete sarnaste joonte parem tundmine ühelt poolt ja haigusseisundite üha sagedasem koosseisumine teiselt poolt on soodustanud transdiagnostilise lähenemise teket. Psühhikahäireid ühendavateks nähtusteks võivad olla madal enesehinnang, emotsioonide vältimine ja selle talumatus, et inimesel on enamasti liiga vähe infot ja ta ei tea, kuidas oma käitumist planeerida.