

**EESTI KOGNITIIVSE ja KÄITUMISTERAAPIA  
ASSOTSIATSIOONI**

**25. aastapäeva üritused**

**Konverents**

**KES MIDA KARDAB?**

15. mai 2015, Hotell Euroopa, Paadi tänav 5, Tallinn

**Töötoad**

**HIRMUDEST JAGUSAAMINE**

**ja õueõpe julgetele**

16.-17. mai 2015, Laulasmaa SPA

# **EKKA 25. aastapäeva konverentsi programm**

Reede, 15. mai 2015. Hotell Euroopa, Paadi 5, Tallinn

9.30-10.00 **Registreerimine, hommikukohv**

10.00-10.05 **Konverentsi avamine**

Moderator: Pille-Riin Kaare, Psühhoterapiapraxis Kaare & Pruul

10.05-10.30 **Presidendi tervitus. Miks KKT-I ei ole põhjust karta?**

Katri-Evelin Kalas, EKKA president, kliiniline psühholoog, psühhoterapeut, Psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskus SENSUS

10.30-11.15 **Loeng Milline hirm mul on ja kuhu ma temaga lähen?**

Prof. Jaanus Harro, TÜ Psühholoogia instituut

**11.15-11.45 Kohvipaus**

**11.45-13.15 Ettekanded**

11.45-12.15 **Ärevushäirete ravitulemused: kas on võimalik ennustada, kuidas keegi paraneb?**

Anu Aluoja, kliiniline psühholoog-psühhoterapeut, kliinilise psühholoogia dotsent, TÜ Psühhiaatriakliinik

12.15-12.45 **Kas aju teab, kes mida kardab?**

Kairi Kreegipuu, eksperimentaalpsühholoogia vanemteadur, TÜ Psühholoogia instituut

12.45-13.15 **Mis mõnele nauding, see teisele hirmutav: pidurdusliku kontrolli raskused söömishäiretega patsientidel.**

Kirsti Akkermann, kliiniline psühholoog-psühhoterapeut, kliinilise psühholoogia dotsent, TÜ Psühholoogia instituut

**13.13.15-14.15 Lõunabuffet**

**14.45-15.45 Ettekanded**

14.15-14.45 **Kes mida kuidas kardab? Hirmude vaatlev õppimine.**

Liine Põldsam, psühholoog, Ambromed Kliinik

14.45-15.15 **Mida teha ja mida mitte, kui inimesed hirmutavad: sotsiaalsootsiaalfobia kognitiiv-käitumuslik grupiteraapia.**

Margit Tamm, kliiniline psühholoog- psühhoterapeut, Psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskus Sensus

15.15-15.45 **Millised võiksid olla ärevushäirete KKT väljaõppe õpiväljundid?**

Peeter Pruul, kliiniline psühholoog, Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus; psühhoterapiapraxis Kaare & Pruul

**15.45-16.00 Kokkuvõtte konverentsist**

**16.00-16.30 EKKA üldkoosolek (EKKA liikmetele)**

**16.30-18.00 PIDULIK VASTUVÕTT! Oodatud on kõik konverentsil osalejad!**

**EESTI KOGNITIIVSE ja KÄITUMISTERAAPIA ASSOTSIATSIOONI**  
**25. aastapäeva programm**

**Töötoad**

**HIRMUDEST JAGUSAAMINE**

Laupäev, 16. mai 2015  
Laulasmaa SPA, Puhkekodu 4, Laulasmaa

**Töötuba (8 tundi)**

**11.00 -14.15 Kuidas ravida madalat enesehinnangut kognitiiv-käitumisteraapias**

**Mariliis Rannu**, kliiniline psühholoog, TÜK psühhiaatrikliinik

**Mart Juursoo**, kliiniline psühholoog, TÜK psühhiaatrikliinik

14.15-15.00 **Kohvipaus**

**15.00 -18.15 jätkub töötuba Kuidas ravida madalat enesehinnangut kognitiiv-käitumisteraapias**

**Mini-töötoad (4 tundi)**

**11.00 -14.15 Aitame patsientidel valida muutuse: koostööpõhine KKT obsessiiv-kompulsiivsete häirete puhul. Ülevaade P. Salkovskise koolituselt**

**Kärt Lust-Paal**, kliiniline psühholoog

**Peeter Pruul**, kliiniline psühholoog-psühhoterapeut

14.15-15.00 **Kohvipaus**

**15.00 -18.15 Teadveloleku kogemuslik töötuba**

**Anni Kuusik**, kliiniline psühholoog

**Signe Noppel**, kliiniline psühholoog

**Konverentsi korraldustoimkond**

Katri-Evelin Kalas (komitee esimees) [katrievelin@sensus.ee](mailto:katrievelin@sensus.ee)

Kirsti Akkermann: [kirsti.akkermann@ut.ee](mailto:kirsti.akkermann@ut.ee)

Pille-Riin Kaare: [pilleriin.kaare@15410.ee](mailto:pilleriin.kaare@15410.ee)

Kersti Luuk: [kersti.luuk@kliinikum.ee](mailto:kersti.luuk@kliinikum.ee)

Maie Kreegipuu: [maie.kreegipuu@ut.ee](mailto:maie.kreegipuu@ut.ee)

Kärt Lust-Paal: [kart.lust@gmail.com](mailto:kart.lust@gmail.com)

**EESTI KOGNITIIVSE ja KÄITUMISTERAAPIA ASSOTSIAATIOONI**

**25. aastapäeva üritused**

**Konverents**

**KES MIDA KARDAB?**

15. mai 2015

Hotell Euroopa, Paadi tänav 5, Tallinn

**TEESID**

## Miks KKT-l ei ole põhjust karta?

### Katri-Evelin Kalaus

Psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskus SENSUS

Kui Aaron Beck (Beck,1979) lõi kognitiivse teraapia modifitseerimaks mõtisklemise sisu depressiivsetel patsientidel selleks, et parandada nende enesetunnet, ei osanud keegi loota, et vähem kui paarikümne aasta pärast soovitatakse sellest alguse saanud KKT meetodeid rutiinselt erinevate psüühika- ja käitumishäirete ravijuhistes (*Nice Guidelines*, Eesti meeleolu ja ärevushäirete ravijuhised) ning paljud patsiendid saavad sellest väga suurt abi.

Kognitiiv-käitumisteraapia arengulugu on pidevalt täis uusi teadussaavutusi nii häirete kontseptualiseerimise, säilimismehhanismide kui ravi efektiivsuse hindamise alal. Hetkel on teaduslikult tõestatud efektiivsusega KKT raviprogrammid olemas pea kõigile levinumatele psüühika- ning käitumishäiretele. KKT on osutunud edukaks ärevushäirete, meeleluhäirete, söltuvushäirete, skisofreenia ja teiste psühhootiliste häirete, söömishäirete, isiksusehäirete, unetuse, kroonilise valu ja üldise stressi ravis (Hofmann jt, 2012). Kuigi KKT tehnikate sisus ja kasutamisel on palju häirespetsiifilist, on neis siiski ka palju ühist. Sekkutakse häire säilimismehhanismi, patsiendile õpetatakse teraapiatehnikaid uute oskustena, seansside vahepeal tehakse kokkulepitud kodutööd. Ravi ise on lühiajaline ja tulevikku suunatud. Kõik need omadused annavad patsiendile võimaluse raviedu endale omistada, õpitud oskusi ka pärast ravi lõppu kasutada ning seeläbi tagasilangusi ennetada. Viimaste aastate teadusuuringud on toonud esile nn KKT kolmanda laine meetodid, mille ühiseks tunnuseks on mõtisklemise protsessiga tegelemine sisu kõrval. Need meetodid on efektiivselt osutunud nii depressiooni, OCD kui üldistunud ärevushäire ravis (Hayes jt, 2006; Segal jt; 2002, Wells, 2009; Gilbert, 2005).

KKT on olulist panust andmas ka klassifikatsioonisüsteemide täiendamise ja parandamise protsessi (DSM-5, 2013). Praktikas raskesti kasutatavad, selgelt eristamata ja kohati suurel määral kattuvad diagnostilised kategooriad on viinud ettepanekuteni kasutada KKT häirete kontseptualiseerimise mudelit ka üldiselt psühhopatoloogia hindamise metoodikana (Hofmann, 2014).

Kõik need arengud toetavad mõtet, et KKT ei pea kindlasti kartma oma positsiooni pärast vaimse tervise probleemide hindamisel ja ravis. Suur hulk tööd on tehtud, ja nagu empiirilisele valdkonnale omane, ka palju ees, kuid kindel on see, et meetodid on efektiivsed ning patsiendid paranevad.

Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon on juba 25 aastat arendanud KKT valdkonda Eestis, korraldanud väljaõpet, harinud koostööpartnereid ja patsiente KKT meetodite osas. Tänu sellele on Eestis KKT väljaõpe üks maailma parimaid, standardid lõpetamiseks ühed kõrgemad ja töötavad KKT terapeudid ravitöös hinnatud ning otsitud spetsialistid. Tänu kõigile, kes KKT ja EKKA arengusse on panustanud!

## Milline hirm mul on ja kuhu ma temaga lähen?

**Jaanus Harro, Tiia Tulviste, Evelyn Kiive, Kariina Laas**

Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi neuropsühhofarmakoloogia ja arengupsühholoogia osakonnad

Emotsioonide ja emotsionaalsuse aju-uuringud keskenduvad enamasti hirmu substraadi uurimisele, käsitledes just hirmu mõnede psühhiaatriliste sündroomide peamise taustategurina. Seni vaid üksikud teooriad bioloogilises psühhiaatrias, sealhulgas kõige eksplitsiitsemalt Jaak Panksepa käsitus, osutavad emotsioonide mitmekesisusele ja selle võimalikule tähendusele kogu psühhiaatrilises mitmekesisuses, kuid ootuspäraselt valdkond muutub, pöörates rohkem tähelepanu viha, emahoole ja rõõmu tähendusele. Vaadata võiks aga ka hoopis näiliselt vastassuunas, küsides hirmuemotsiooni sisestruktuuri kohta. Kas kõik hirmud on aju jaoks ühesugused? Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuringu kahelt sünnikohordilt (Harro M kaastöötajatega, *Progress in Neuro-Psychopharmacology* 2001, 25: 1497-1511) küsisime vanuses 18 ja 25 (kokku n=993), kuivõrd nad kardavad üht või teist asja, olendit või nähtust, valides võimalikud hirmuobjektid psühhiaatrilisest kirjandusest ja sotsioloogilistest uuringutest. Peakomponentide analüüsil eristus kaks faktorit, millest ühte kuulusid näiteks maod, surnud inimesed ja kõrgus, teise aga AIDS, sõda ja terrorism (Tulviste kaastöötajatega, *Journal of Child Neurology*, trükkis). Kui esimest tüüpi hirmud võiksid leida käsitlemist tüüpiliste foobiatena, siis teist laadi hirmud paistavad esmapilgul ühenduvat sotsiaalsel dimensioonil. Samas liigitub siia ka lämbumishirm, mis mõistagi meenutab Jaak Panksepa emotsiooniteooria (Panksepp, *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press 1998) algupärasest eritlust: FEAR & PANIC, hirm vs. paanika ehk meelega. Nende kahe erilaadi hirmu või täpsemalt emotsiooni alusmehhanismid väärivad eritlemiskatset. Kas nende tasemel on tähendust psüühikahäirete esinemisele? Meeleheitefaktori tase on kõrge sagedamini neil, kellel on esinenud ärevushäireid, kuid mitte neil, kellel on esinenud depressiooni, ja alkoholarvitamishäirega on lugu hoopis vastupidine. Hirmufaktori tase seevastu psüühikahäiretega lihtviisiliselt seotud ei ole. Esmased ELIKTU laste vanemate andmete analüüsid näitavad, et mõned hirmuseaduspärasused on vanematel ja elukogenumatel – või eelmise ajastu inimestel? - samad, kuid teised ei ole.

## **Ärevushäirete ravitulemused: kas on võimalik ennustada, kuidas keegi paraneb?**

### **Anu Aluoja**

Tartu Ülikool, TÜK psühhiaatriakliinik

Ärevushäirete all kannatab elu jooksul ligikaudu 30% rahvastikust (Kessler jt, 2005). Kuigi ärevushäirete ravis on tõhusaks osutunud nii kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) kui antidepressandid, edeneb mõne patsiendi ravi siiski visalt ja kõik ei pruugigi paraneda.

Uuringud on näidanud, et KKT ei aita oluliselt paraneda 10-30% paanikahäirega ja 30-40% sotsiaalfoobiaga patsientidest. Teraapia edukust suurendaks teadmine, milline raviviis millistel patsientidel parema tulemuse annab. Praktilises töös valitakse raviviis sageli kättesaadavuse järgi või katse-eksituse teel. Ravitulemuse ennustajate leidmine aitaks lisaks teadlikumale raviviisi valikule selgitada KKT toimetehhanisme, mis omakorda võimaldaks teraapiat tõhusamaks teha. Depressiooni puhul on ravivastuse ennustajaid päris palju uuritud, sealhulgas on leitud ka mõni tegur, mis võib aidata valida erinevate raviviiside vahel. Ärevushäirete vallas on selliseid uuringuid vähem ning enamasti on piirdutud ühe raviviisiga. See ettekanne annab ülevaate teguritest, mis võiksid ennustada paanikahäire ja sotsiaalfoobiaga patsientide reageerimist kognitiiv-käitumisteraapiale. Kergesti hinnatavad ennustajad oleksid demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud tunnused ning häire kliinilised iseärasused. Siiski on leitud, et inimese taustast KKT edu ärevushäirete korral ei sõltu, seisundi raskuse ja muude häirele iseloomulike tunnuste osas on tulemused vastuolulised. Perspektiivikad KKT tõhususe ennustajad tunduvad olevat ärevushäiretele iseloomulikkude infotöötlust näitavad neurobioloogilised ja kognitiivsed markerid (Doehrmann jt, 2013; Reinecke jt, 2014; Price jt, 2011). Tulemusi on andnud ka idee, et ravi edu ei määra see, milline inimene oli enne ravi, vaid need muutused, mis ravi alguses toimuvad (Lutz jt., 2014). Seega, mõningaid ärevushäirete KKT tõhusust ennustavaid tegureid on leitud, nende tähendus praktilise teraapia jaoks pole aga veel selge.

## **Kas aju teab, kes mida kardab?**

**Kairi Kreegipuu,**

Tartu Ülikool, psühholoogia instituut

Ettekandes tuleb juttu ühest aju töötamise uurimise tööriistast, lahknevusnegatiivsusest. See on aju võime keskkonnas esinevaid muutusi automaatselt registreerida ning traditsiooniliselt on seda nähtust uuritud kuulmise vallas (al. prof. Risto Näätäneni tööd 1970. aastate teises pooles). See erinevuste registreerimine saab ilmsiks lihtsa lahutustehte abil: aju keskmistatud bioelektriline aktiivsus (möödetuna näiteks EEG meetodiga), mis tekib vastusena sagedase ja ennustatava sündmuse peale, lahutatakse keskmistatud esilekutsutud vastusest, mis tekib ootamatu või harvaesineva sündmuse peale. Viimasel kümnendil on veenvalt näidatud, et aju reageerib sarnasel automaatsel viisil mitmesugustele ootamatutele muutustele keskkonnas ka nägemismeele ja teiste meelte abil. Seega on lahknevusnegatiivsuse näol tegemist üsna universaalse automaatse erinevuste avastamise tööriistaga.

Nägemise automaatsest erinevuse tuvastamise võimest võib olla praktilist kasu, sest selle nähtuse abil saab hinnata nägemisinformatsiooni töötlemist (mahtu, eristusvõimet, kiirust) ka siis, kui inimene ise suhteliselt vähe kaasa töötab. Lahknevusnegatiivsuse mõõtmise puhul on nimelt näidatud, et selleks ei ole vaja, et inimene esitatavatele stiimulitele (näiteks piltidele) tähelepanu suunab ning neile keskendub. See võimaldab mõõtmisi läbi viia ka keerulisematel gruppidel, kes ei suuda näiteks tähelepanu ülesandel hoida. Praeguseks on olemas juba üle 30 avaldatud teadustöö, mis näitavad, et nägemises tuvastatud lahknevusnegatiivsusel on erinevate häirete või seisundite (skisofreenia, Alzheimeri tõbi, autismi spektri häired, vananemine, meeleoluhäired) puhul teatud ilmnenemiseärasusi. Reeglina (aga mitte alati) tähendab see lahknevusnegatiivsuse ajalisi hilineid või suuruse vähenemist, mis viitab õppimisvõime ja aktiivsete tunnetusprotsesside häiritusele. Üllatavalt vähe on (nägemise) lahknevusnegatiivsust vaadeldud meeleoluhäirete ja ärevuse kontekstis. Ometigi on nägemismeelel nende häirete juures märkimisväärne roll! Oma ettekandes tutvustangi Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi eksperimentaalpsühholoogia laboris viimasel paaril aastal ette võetud samme sellel teel, mis võimaldaks selgusele jõuda, kas nägemise lahknevusnegatiivsus kui lihtne tunnetusprotsesside seisundit peegeldav näitaja, on rakendatav ka meeleolu ja ärevushäirete hindamisel.



## **Mis mõnele nauding, see teisele hirmutav: pidurdusliku kontrolli raskused söömishäiretega patsientidel.**

### **Kirsti Akkermann**

Tartu Ülikool, psühholoogia instituut

Emotsiooni regulatsiooni ja pidurdusliku kontrolli raskused, mis sageli väljenduvad impulsiivses käitumises, on lisaks toitumise piiramisele kesksed häirunud söömiskäitumist alalhoidvad tegurid. Söömishäirega inimestel ilmnevad pidurdusliku kontrolli raskused eelkõige seoses söömishäiretele spetsiifiliste stiimulite suhtes (toit, kehakuju ja -kaal). Arvestades tänapäevast naudinguid pakkuvat toidukeskkonda, on söömisega seotud impulsside kontrollimine tervisliku eluviisi hoidmisel määrava tähtsusega. Seega söömishäiretega inimestel, et toime tulla nende jaoks ärevust tekitavate olukordadega (nt. isuäratav toit), on söömistungi pidurdamise ja tähelepanu kõrvalejuhtimise oskused vajalikud igapäevaseks toimetulekuks. Kõrgenenud tähelepanukalde tõttu söömishäirete spetsiifilistele stiimulitele on see aga raskendatud, mis omakorda tekitab ärevust ja hirmu.

Impulsi kontrolli raskuste hindamine toetub senises kliinilises praktikas suuresti enesekohastele küsimustikele. Oleme hiljuti välja töötanud emotsionaalse Go/NoGo katse söömishäirete spetsiifiliste stiimulitega, et eksperimentaalselt hinnata pidurdusliku kontrolli raskusi ning tähelepanu kallutatust toidu ja kehaga seotud stiimulite suhtes. Käesolevas ettekandes esitletakse esmaseid tulemusi ning arutletakse, kuidas neid teadmisi söömishäirete ravis rakendada. Samuti tutvustatakse kogemuse väljavõtte meetodil kogutud emotsionaalse kogemuse ja liigsöömishoogude vahelisi seoseid, ning arutletakse, kuidas erinevad emotsiooni regulatsiooni raskuste aspektid on seotud liigsöömishoogudega. Uuringu tulemused toetavad söömishäirete teooriaid, mis hõlmavad emotsiooni regulatsiooni rolli liigsöömishoogude püsimisel.

## **Mida teha ja mida mitte teha, kui inimesed hirmutavad: sotsiaalfoobia kognitiiv-käitumuslik grupipsühhoteraapia**

### **Margit Tamm**

Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskus SENSUS

Sotsiaalfoobia on üks levinumaid ärevushäireid, mille keskmeks on tugev hirm sotsiaalsete olukordade ees. Erinevalt teistest foobiatest, mis korduval kokkupuutel kardetud objektidega vähenevad või hoopis kaovad, sotsiaalfoobia püsib. Mõnel juhul läheb isegi intensiivsemaks hoolimata sellest, et paljud sotsiaalsed olukorrad, mida ei ole õnnestunud vältida, ei ole lõppenud kardetud katastroofiga. Miks see nii on, sellele käesolevas ettekandes vastust otsitaksegi.

Ettekandes tutvustatakse sotsiaalfoobia kognitiiv-käitumuslikku grupipsühhoteraapiat (Hofmann, 2007) ja Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskuses SENSUS läbi viidud miniuuringut, milles hinnati ärevuse ja vältimise vähenemist sotsiaalfoobia kognitiiv- käitumusliku grupiteraapia raames. Teraapiagruppidesse kuulusid Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskusesse SENSUS sotsiaalfoobia diagnoosiga pöördunud patsiendid. Kõigil teraapias osalenutel esines sotsiaalfoobia vähemalt kergel kujul. Teraapia koosnes diagnostilisest intervjuust, kümnest grupiteraapia seansist ning järelseansist (kuu pärast teraapia lõppu). Teraapiagruppe juhtisid Katri-Evelin Kalas, Margit Tamm ja Margus Laurik. Grupiteraapias kasutati alljärgnevat psühhoteraapiatehnikaid: juhtumi kontseptualiseerimine, ärevuse ja vältimise koosmõju tutvustamine, ärevatele olukordadele *in vitro* (sealhulgas koos videotagasisidega) ja *in vivo* eksponeerimine, kõrgete sotsiaalsete standardite ja negatiivsete mõtete hindamine ning vaidlustamine, ülesannete püstitamine ning nendele keskendumine sotsiaalses olukorras, tähelepanu fokuseerimise ülesanded, äpardustele eksponeerimine. Seansside vahelisel ajal tegid patsiendid kokkulepitud kodutööd.

Teraapia rutiinse osana täitsid patsiendid Sotsiaalärevuse küsimustiku (Liebowitz, 1987), Rahvusvahelise isiksusehäirete sõelküsimumstiku (IPDE-SQ; WHO, 1995), Sotsiaalsete olukordadega toimetuleku skaala (Hoffmann, 2007) ja Becki ärevuse küsimustiku (BAI; Beck, 1990) enne grupiteraapia algust, peale viiendat ja peale kümnendat teraapiaseansi, samuti kuu pärast teraapia lõppu.

Tulemused näitasid, et sotsiaalfoobia tase, samuti vältimise sagedus ja ärevuse tugevus sotsiaalsetes olukordades olid ravi lõpus oluliselt langenud. Ravi lõpus oli negatiivne mõtisklemine sündmuse eel, ajal ja järel oluliselt langenud. Nii turvalisuskäitumised kui vältimise osakaal langesid pidevalt kogu ravi jooksul, kuid suurem osa raviefektist ilmnis just teraapia alguses, esimese viie seansi jooksul.

Kõrged sotsiaalsed standardid ravi käigus ei muutunud.

## **Kes mida kuidas kardab? Hirmude vaatlev õppimine.**

### **Liine Põldsam**

Ambromed Kliinik

Rachman (1977, 1990) pakkus välja kolm viisi, kuidas inimesed hirme omandavad: otsesel kokkupuutel stiimuliga, läbi informatsiooni ning instruksioonide ja viimaks, vaatleva õppimise teel. Käesolevas ettekandes keskendun hirmude vaatlevale õppimisele. Kuna on leitud, et hirmud pärinevad enamasti lapsepõlvest (Öst & Treffers, 2001), siis räägin hirmude omandamisest peamiselt laste puhul. Lisaks sellele tutvustan vastikuse rolli hirmude omandamisel. Nagu iga subjektiivne sündmus, kätkeb ka hirmureaktsioon endas mitmeid emotsioone, mis omavahel kombineeruvad, luues tajutud kogemuse, mis ajendab teatud viisil käituma (Woody, McLean & Klassen, 2005). Kasvav hulk uuringuid on näidanud, et vastikus võib olla oluline emotsioon hirmude omandamisel (Klieger & Siejak, 1997; Muris, Van der Heiden & Rassin, 2008). Samuti annan põgusa ülevaate käitumuslikest vastustest hirmureaktsioonile.

Klieger, D. M., & Siejak, K. K. (1997). Disgust as the source of false positive effects in the measurement of ophidiophobia. *The Journal of Psychology, 131*, 371–382.

Muris, P., Van der Heiden, S., & Rassin, E. (2008). Disgust sensitivity and psychopathological symptoms in non-clinical children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 133–146.

Öst, L. G., & Treffers, P. A. (2001). Onset, course, and outcome for anxiety disorders in children. In W. K. Silverman & P. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 293–312). Cambridge: Cambridge University Press.

Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 375–387.

Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 12*, 1–30.

Woody, S. R., McLean, C., & Klassen, T. (2005). Disgust as a motivator of avoidance of spiders. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 461–475.

## **Millised võiksid olla ärevushäirete KKT väljaõppe õpiväljundid?**

### **Peeter Pruul**

Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus;  
Psühhoteraapiapraksis Kaare & Pruul

Praegu Eestis toimiv KKT põhikursus („keskastme koolitus“) on jaotatud kahele aastale, millest esimese jooksul omandatakse KKT baaspädevused ja spetsiifilised tehnikad ning teise jooksul pühendatakse härespetsiifiliste pädevuste omandamisele. Ettekandes arutletakse härespetsiifilisi pädevusi puudutava väljaõppe tulemuslikumaks muutmise võimaluste üle.

**EESTI KOGNITIIVSE ja KÄITUMISTERAAPIA ASSOTSIATSIOONI**

**25. aastapäeva üritused**

**Töötoad**

**HIRMUDEST JAGUSAAMINE**

16. mai 2015

Laulasmaa SPA  
Puhkekodu 4, Laulasmaa

**TEESID**

# Madala enesehinnangu kognitiiv-käitumisteraapia

**Mariliis Rannu, Mart Juursoo**

TÜK Psühhiaatriakliinik

Enesehinnang on inimese hinnang enda kui isiku väärtusele. On täheldatud madala enesehinnangu seost paljude vaimse tervise probleemidega nagu depressioon, psühhoos, söömishäired, obsessiiv-kompulsiivne häire, sõltuvushäired, krooniline valu jne. Samuti suurendab madal enesehinnang tagasilanguste riski ning on negatiivseks indikaatoriks raviprognosis. Inimeste elukvaliteet on madala enesehinnangu tõttu mõjutatud ka sotsiaalses kontekstis, näiteks on seda seostatud koolist väljalangemise, enesehahjustamise ja kehvema majandusliku toimetulekuga. Seega on madala enesehinnanguga töötamine sageli teraapia oluline osa.

Kognitiiv-käitumisteraapia pakub madala enesehinnanguga töötamiseks teoreetilise raamistiku ning mitmekülgse valiku ravisekkumisviise. Käesolev töötuba toetub Dr. Melanie Fennelli raamatule „Overcoming Low Self-Esteem“ ning tema töötoa „Cultivating Self-Esteem with Cognitive Therapy“ materjalidele. Töötoas anname ülevaate sellest, mis on madal enesehinnang, milline on selle mõju ning miks tuleks sellega töötada. Tutvustame madala enesehinnangu kognitiiv-käitumuslikku mudelit ning räägime sekkumisviisidest, sealjuures pöörame eelkõige tähelepanu kogemuslikule õppimisele läbi eksperimendi. Loomulikult kuuluvad töötoa juurde praktilised harjutused ning osalejate enda kogemuste ning raskuste reflekteerimine.

# **Aitame patsientidel valida muutuse: koostööpõhine KKT obsessiiv-kompulsiivsete häirete puhul. Ülevaade P. Salkovskise koolituselt**

**Kärt Lust-Paal**

**Peeter Pruul**

Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus

Töötuba annab ülevaate obsessiiv-kompulsiivsest häirest, patsiendi kaasamisest, teooria A / teooria B mudelist ja tehnikatest. Lisaks eeltoodule käsitletakse töötoas osalejate juhtumikirjelduste põhjal grupitöö ja rollimängude vormis sundhäire kognitiiv-käitumuslikku kontseptualiseerimist ja sekkumist lähtuvalt P. Salkovskise mudelist. Selles mudelis on kesksel kohal vastutusega seotud mõttekäigud. Vastutust määratletakse kui patsiendi veendumust, et ta suudab esile kutsuda või ära hoida subjektiivselt üliolulisi tagajärgi, mis võivad avalduda kas tegelikkuses või moraalsel tasandil. Sellised tõlgendused toovad kaasa mitmeid käitumisviise, mis omakorda takistavad vastutusega seotud mõttekäikude ümberhindamist ning soodustavad uute sundmõtete teket. Kognitiiv-käitumusliku sekkumise juures rõhutab Salkovskis kõigepealt vajadust mõista patsiendi kogemust ning tekitada selle kaudu ka patsiendis tunne, et teda mõistetakse ning seejärel aidata tal valida senisest erinev viis oma probleemi käsitlemiseks ja lahendamiseks.

# Teadveloleku kogemuslik töötuba

**Anni Kuusik**

Ida-Tallinna Kesksaigla

**Signe Noppel**

TÜK Psühhiaatrikliinik

Teadvelolek (*mindfulness*) tähendab võimet olla ärksalt ja hinnanguvabalt teadlik käesoleva hetke vahetust kogemusest. Kui läänelik teaduspõhine psühhoterapia on traditsiooniliselt orienteerunud probleemide sisulisele analüüsimisele, põhjuste aktiivsele kõrvaldamisele ja lahendamisele, siis teadvelolekul põhinevad lähenemised keskenduvad teadlikkusele, mittesekkuvale vaatlemisele ja aktsepteerimisele. Viimastel kümnenditel on kaks suunda psühhoterapias järjest enam lähenenud ja loonud viljakaid kombinatsioone, mille näideteks on Teadvelolekul põhinev stressi vähendamise programm (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR, Kabat-Zinn, 1996); Omaksvõtmise ja pühendumise teraapia (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT, Hayes, 1984; 1992); Kaastundele keskenduv teraapia (*Compassion-Focused Therapy*, Gilbert, 2005); Dialektiline käitumisteraapia (DBT, Linehan, 1993); Teadvelolekul põhinev kognitiivne teraapia (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*, MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Teadvelolekul põhinevad lähenemised hõlmavad endas paljusid erinevaid praktikaid, mida ühendab eesmärk saavutada suurema teadlikkusega, kuid samas rahulik meeleseisund, mis kätkeb endas kogemuse vahetut ilma hinnangute ja juurdluseta omaksvõttu. Teadveloleku praktiseerimine parandab tähelepanu ja sooritust, emotsioonide regulatsiooni, vähendab stressitaset ja suurendab üldist heaolu. Lisaks on leidnud kinnitust teadusuuringutes selle positiivne mõju depressiooni ja ärevushäirete ravis ning stressitaluvuse parandamises (Forback jt 2011; McCarney jt 2012; Kim jt, 2009; Lee jt, 2007); söömishäirete ravis (Wanden-Berghe jt 2011). Teadvelolekul põhinevad sekkumised vähendavad ka somaatiliste häiretega patsientide sümptomeid (Niazi ja Niazi 2011) ning suurendavad toimetulekut kroonilise valuga (Kabat-Zinn, 1990). Terapeudi enda teadveloleku tõstmine parandab teraapia tulemusi (Grepmaier jt 2007) ja empaatiavõimet (Lambert & Ogles, 2004; Lutz jt 2008). Teadveloleku järjepideval praktiseerimisel on terapeudil suurem teadlikkus kliendi/patsiendi protsessidest ja endas toimuvast; lisaks teadlikum reageerimine ja seetõttu ka võimalus peegeldada kliendile käesolevat hetke, mis võib olla veel teadvustamata ja seega terapias suuresti käsitlemata; suurem empaatia ja heasoovlikkuse võime; oskus olla kohal ja olla kannatlik; oskus kuulata ilma hinnanguteta ning võime paremini toime tulla enda ja kliendi negatiivsete emotsioonidega (Bishop jt 2004)

Käesolevas töötoas tutvustatakse teadvelolekul ja aktsepteerimisel põhinevat lähenemist praktiliste harjutuste ning isikliku kogemuse ja reflektiooni kaudu. Töötuba on mõeldud eelkõige psühhoterapeudi isiklikuks arenguks, võimaluseks läbi otsese kogemuse ja ühise arutelu tutvuda teadvelolekut ja aksepteerimist soodustava lähenemisega.

# Kognitiiv-käitumuslikud tegevused

## **AINULT JULGETELE** (ainult EKKA liikmetele)

Pühapäev, 17. mai 2015  
Laulasmaa SPA

Kahe tiheda õppepäeva järel on võimalus kinnistada ja kasutada oma teadmisi KKT-st ja EKKA ajaloost kognitiiv-käitumuslikus orienteerumismängus. KKT- ja loodushuvilised moodustavad 4-liikmelised võistkonnad, et läbida 1-2-kilomeetrine ring Laulasmaa kaunil ranna- ja metsamaastikul. Marsruudil peitub 4-6 kontrollpunkti, kus saab lahendada teoreetilisi-praktilisi ülesandeid. Õuesõpet soosib ilus ilm ja sobivalt valitud riietus.

### Pühapäeva ajakava projekt

Varahommikul spa ja saunad vastavalt Laulasmaa Puhkekodu kodukorrale

9.00 - 10.00 hommikusöök

10.00 - 11.00 vaba aeg, kottide pakkimine jm ettevalmistused rännakuks, sh nelikute moodustamine

11.00 - 11.05 rivistus Laulasmaa peahoone esisel väljakul

11.05 - 11.15 rännak maastikumängu alguspunkti

11.15-11.30 neljaliikmeliste võistkondade registreerimine, maakaartide jagamine jms stardieelne ärevus

### **11.30 START!**

11.30 -13.00 kontrollpunktide läbimine

### **13.00 FINIŠ**

13.00-13.30 viimase ülesande lahendamine lõpp-punktis

13.30 -15.00 kokkuvõtte päevast ja õueõppe tulemustest, võitjate autasustamine.  
Piknik.