

Tallinna Ülikool
Loodus- ja terviseteaduste instituut
Psühholoogia ja käitumisteadused
Kunstiteraapiad

Eva Raun

**KUNSTITERAAPIA RAKENDAMINE DEPRESSIOONI
TUGIGRUPIS PSÜÜHILISE ERIVAJADUSEGA KLIENTIDE
IGAPÄEVAELU TOETAMISEKS**

MAGISTRITÖÖ

Juhendaja: professor Eha Rüütel, PhD

Kaitsmisele lubatud:

Kuupäev:

Tallinn, 2017



Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Eva Raun (sünnikuupäev: 04.02.1977)

1. annan Tallinna Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Kunstiteraapia rakendamine depressiooni tugigrupis psüühilise erivajadusega klientide igapäevaelu toetamiseks“, mille juhendaja on professor Eha Rüütel, PhD, säilitamiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tallinna Ülikooli Akadeemilise Raamatukogu repositooriumis.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tallinnas, 29. mai 2017
(allkirjastatud digitaalselt)

RESÜMEE

Uurimuse eesmärgiks oli selgitada kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime psüühilise erivajadusega klientide emotsionaalsele enesetundele, heaolule ning depressiooniga toimetulekule. Tugigrupp käivitati Tallinna Vaimse Tervise Keskuses (TVTK). Tugigrupis rakendati lisaks üldprogrammile, mis põhines CARE metoodikal, ka rekreatiivsel ja funktsionaalsel tasandil lõõgastavaid, tervisele ja lahendustele orienteeritud kunstiteraapia harjutusi. Depressiooni tugigrupi töö kestis kokku kümme nädalat, tegemist oli suletud grupiga, kohtuti üks kord nädalas, iga kohtumine kestis 120 minutit. Kohtumise aeg oli jagatud kaheks osaks: pool aega kulus õppeprogrammile, sh vestlusring, teine pool kunstiteraapiale.

Depressiooni tugigrupi protsessi tulemuslikkuse hindamiseks koguti kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid andmeid. Enne tugigrupi käivitamist viidi läbi küsitlus TVTK töötajatega ($n = 20$), selgitamaks välja ootused tugigrupi tööle ja kunstiteraapiale. Küsitlusest selgunud ootustega arvestati tugigrupi töös. Depressiooni tugigrupis osales kokku üheksa psüühilise erivajadusega klienti, kellel oli diagnoositud depressioon ning kaheksal ka muu psüühikahäire. Kontrollgruppi (noorte tugigrupis või loovteraapia grupis osalejad) kuulus kaheksa psüühilise erivajadusega klienti, kellel oli diagnoositud depressioon ning seitsmel ka muu psüühikahäire. Tugigrupitöö alguses ja lõpus mõõdeti heaolu (WHO-5) ja emotsionaalset enesetunnet (EEK-2) ning viidi läbi tagasiside küsitlus. Kontrollgrupil viidi mõõtmised läbi sama ajavahemikuga. Mõõtmistulemused näitasid kerget tendentsi depressiooni ja astenia näitajate vähenemisele ja heaolu indeksi tõusule, mis polnud aga statistiliselt olulised. Küsitluse tulemused näitasid, et kliendid jäid depressiooni tugigrupi tööga rahule. Depressiooni tugigrupp pakkus klientidele vaheldust ja tuge igapäevaelus toimetulekuks. TVTK töötajate ootused kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi osas said täidetud. Tähtsaim tulemus antud magistritöö puhul on kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi rakendatavus uue teenusena, klientide rahulolu ning klientide regulaarne ja kõrgeprotsendiline osalemine tugigrupi töös, samuti soov jätkugrupiks.

Võtmesõnad: kunstiteraapia, grupikunstiteraapia, psüühiline erivajadus, depressioon, tugigrupp, igapäevaelu toetamise teenus, CARE metoodika.

ABSTRACT

Implementation of art therapy in depression support group to aid daily life of clients with mental health needs

The research aimed to identify the impact of the program of a depression support group integrating art therapy on emotions, well-being and coping with depression of clients with mental health needs. The support group was founded in Tallinn Mental Health Centre (Tallinna Vaimse Tervise Keskus). In the group, in addition to the general program, based on the CARE (Comprehensive Approach of Rehabilitation) methodology, also relaxing, health- and solution-oriented art therapy exercises at recreational and functional levels were implemented. The support group operated for ten weeks, was a closed group and had meetups once a week, each session lasting for 120 minutes.

Each meetup was divided into two parts: one half spent on the study program, including a discussion group, the other half devoted to art therapy. To assess the effectiveness of the depression support group, qualitative and quantitative data were collected. Before the group was founded, a survey was carried out among employees of the Mental Health Centre (n = 20), to identify their expectations as regards the support group and art therapy. The expectations were taken into account in the work of the group. Nine clients with mental health needs, who had been diagnosed with depression participated in the support group, eight of them were also affected by a mental disorder. The control group (participants in the youth support group, or the creative therapy group) included eight clients with mental health needs who had been diagnosed with depression, and seven also with a mental disorder.

At the start and end of the work of the support group, well-being (WHO-5) and the emotional state (EEK-2) of the participants were measured, and a feedback survey was conducted. In the control group, measurements were carried out at the same time. The results revealed a slight tendency of decrease in depression and asthenia parameters and increase in well-being, which, however, were not statistically significant. The survey results revealed that the clients were satisfied with the work of the depression support group. The group provided them with change and support in daily life. The expectations of the surveyed employees in Tallinn Mental Health Centre as regards the depression support group integrating art therapy, were fulfilled. The most important results of this Master's thesis are the applicability to use depression support group integrating art therapy as a new service, clients' satisfaction, their active and regular participation in the work of the support group, as well as their desire to participate in a follow-up group.

Key words: art therapy, group art therapy, client with mental health needs, depression, support group, daily life support service, CARE methodology.

SISUKORD

RESÜMEE	3
ABSTRACT	4
Sissejuhatus	6
1. TEOREETILINE TAUST	9
1.1. Kunstiteraapia psüühilise erivajadusega klientidega	9
1.1.1. Depressioon.....	12
1.1.2. Senised uurimistulemused kunstiteraapia rakendamisest depressiooniga klientidega	14
1.2. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse tööpõhimõtted psüühilise erivajadusega klientidega	16
1.2.1. CAre metoodika	18
1.3. Rühmatöö kunstiteraapias	21
2. Uurimus	27
2.1. Eesmärk ja uurimisküsimused	27
2.2. Meetod	27
2.2.1. Uurimuses osalejad	27
2.2.2. Andmekogumismeetodid	28
2.2.3. Protseduur.....	29
2.2.4. Andmetöötlusmeetodid	30
2.2.5. Uurimise eetiline külg	30
2.3. Tulemused.....	31
2.3.1. Töötajate küsitluse tulemused	31
2.3.2. Sekkumisgrupi KTO ja KKT küsitluse tulemused.....	34
2.3.3. Kvantitatiivsete mõõtmiste tulemused	37
2.3.4. Kokkuvõtva kliendiküsimustiku tulemused	41
3. Arutelu.....	45
Viited	49
LISA A	52
LISA B.....	53
LISA C.....	54
LISA D	55
LISA E.....	56
LISA F	57
LISA G	63

SISSEJUHATUS

EV Rahvatervise Seaduses (Riigi Teataja, 1995) on kirjas, et tervis on inimese füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult puute ja haiguste puudumine. Vaimse tervise strateegias 2016-2025 (2016, lk 11) on vaimne tervise mõistet selgitatud järgmiselt: „Vaimne tervis – heaolu seisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Vaimne tervis on midagi rohkemat, kui vaimse tervise häirete puudumine, ning see on seotud füüsilise tervise ja toimetulekuga. Hea vaimne tervis on kombinatsioon subjektiivsest heaolust, õnnetundest, enda potentsiaali rakendamisest ning positiivsest tegutsemisest ühiskonnas. Hea vaimse tervisega inimene tunneb, mõtleb ja tegutseb viisil, mis aitab tal tunda elust rõõmu ning tulla toime väljakutseid esitavate olukordadega.“ Sealsamas tuuakse välja põhimõte, et vaimset tervist ja heaolu saab hoida ja edendada vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamise ja riskitegurite vähendamise kaudu individuaalsel, kogukondlikul, struktuuraalsel ja poliitilisel tasandil. Inimese üldine heaolu sõltub otseselt tema tervislikust seisundist. Depressiivne seisund pärsib head toimetulekut igapäevaelus.

Wilken & den Hollender (2017) kirjutavad, et vaimse tervise teenuste muutmine taastumisele keskendunud teenusteks ei ole lihtne, sest pikka aega on meditsiini paradigmas domineerinud institutsionaalne ravi ning hoolekandes, mida iseloomustavad vertikaalsed suhted, keskenduti pigem patsiendi puuetele ja vaevustele. Uueks suunaks on aga keskendumine patsiendi isiklikule elukogemusele, tugevustele ja sotsiaalsele toimetulekule.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuses (edaspidi TVTK) töötab juba üle viie aasta loovterapeut, kes on käivitanud loovusrühma tegevuse Haabersti klubimajas. Rehabilitatsiooniteenusena pakutakse loovteraapiat alates 2016. aasta sügisest. Pelguranna teraapiakeskuses on rakendatud loovteraapiat igapäevaelu toetamiseks peamiselt rühmatöös – aastate jooksul on esindatud olnud kõik neli loovteraapia suunda: kunsti-, muusika-, draama- ning tantsu ja liikumisteraapia suund.

Viimastel aastatel kasutatakse erinevate riikide psühhiaatrilises ravis üha rohkem kunstiteraapiat. Kunstiterapias on omavahel lõimitud kunst ja psühhoterapia.

Kunstiteraapia on näidustatud (vt nt Malchiodi, 2011) depressiooni, stressi, meeleolulanguse, impulsiivsuse, suhtlemisprobleemide, üksilduse, konfliktide, hirmude, ärevuse, madala enesehinnangu, negatiivse minakontseptsiooni, armukadeduse jt raskuste puhul. Kunstiteraapia rakendamist psüühilise erivajadusega klientidega on uuritud peamiselt rehabilitatsioonis või haiglas. Kunstiteraapiat rakendatakse ja kunstiterapeudid töötavad tervishoiu-, rehabilitatsiooni-, hooldus-, või haridusasutustes. Kunstiterapeut rakendab oma kutseoskusi ja teadmisi iga inimese või grupi eripärast lähtudes.

Kunstiteraapia toime kohta on läbi viidud nii kvalitatiivseid kui kvantitatiivseid uuringuid, mis on näidanud kunstiteraapia positiivset mõju. Käesolevas magistritöös toetutakse TVTK töökogemustele psüühilise erivajadusega klientidega. On sihtrühmi, kellega töötamisel tuleb olla positiivsete tulemuste ootamisel kannatlik ja varuda rohkem aega. Huet (1997) väidab, et selleks sihtrühmaks on psüühilise erivajadusega, eriti psühhootiliste häiretega kliendid.

TVTK tegevusvaldkond on psüühilise erivajadusega inimeste sotsiaalhoolekanne ning sellest tulenevalt on asutusel järgmised ülesanded: erihoolekande-, rehabilitatsiooni- ja muude teenuste osutamine; vaimse tervise teenuste arendamine; vaimse tervise alane teavitustöö ja koolitamine; valdkonna sihtgrupi ja nende lähedaste eneseabitegevus. TVTK töö on suunatud psüühilise erivajadusega inimese taastumise toetamisele, pakkudes kvaliteetseid vaimse tervise teenuseid ja jagades teadmisi oma valdkonnast. TVTK visioon on kliendi taastumist toetav: „Inimene leiab oma raja, julgeb mööda seda käia ja tunneb elust rõõmu“ (Tallinna Vaimse Tervise ...).

2016. aasta sügisel tehti käesoleva magistritöö autorile ettepanek hakata TVTK-s läbi viima uut depressiooni tugigruppi. Praegu ollakse orienteeritud peamiselt psühhootiliste häiretega klientide sihtrühmale. Asutuse juhtkond soovis laiendada sihtrühma, kellele teenuseid pakkuda. Selleks sai eelnevalt välja selgitatud, kuidas ja millistel põhimõtetel töötab depressioonigrupp Arengukeskuses Avitus. 2017. aasta alguses käivitus üheksa osalejaga depressiooni tugigrupp, kus CARE metoodikaga integreeriti rekreatiivse ja funktsionaalse tasandi kunstiteraapilisi tegevusi.

Käesoleval magistritöö eesmärk on selgitada välja kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime psüühilise erivajadusega klientide taastumisprotsessile. Lähtuvalt eesmärgist esitati kolm uurimisküsimust: 1) Millised on TVTK töötajate ootused

depressiooni tugigrupile ja kunstiteraapiale? 2) Milline on kunstiteraapia harjutusi integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime klientide emotsionaalsele enesetundele, heaolule ning depressiooniga toimetulekule? Püstitati hüpotees, et kümnenädalase sekkumise tulemusena paranevad sekkumisgrupi klientide WHO-5 heaolu indeksi ja EEK-2 emotsionaalse enesetunde näitajad. Uurimuse eesmärkide saavutamiseks ning uurimisküsimustele vastuste leidmiseks kasutati kontrollgrupiga sekkumisuuringut.

Täna TVTK töötajaid, kliente ja oma juhendajat Eha Rüütli, kellega koostöös antud magistritöö valmis.

1. TEOREETILINE TAUST

1.1. Kunstiteraapia psüühilise erivajadusega klientidega

Kunstiteraapia rehabilitatsiooni kontekstis on turvalises ja hinnangutevabas atmosfääris loomingulise töö kaudu uute seoste avastamine, suhete ja tähenduste loomine. See pakub kliendile alternatiivseid perspektiive elus ja suhetes teiste inimestega. Inimese arengut kunsti kaudu nähakse kui inimese terviklikku arengut, sest kunstiteraapia protsessi on kaasatud nii inimese taju, kognitiivsed, emotsionaalsed, füüsilised, sotsiaalsed kui ka vaimsed aspektid (Karkou & Sanderson, 2006).

Kunstiteraapia teoreetilised raamistikud ja põhimõtted töötamaks psühhiaatriliste klientidega on erinevad – alates psühhodünaamilisest ehk alateadvusele rõhuvatest kuni sotsialiseerivate teraapiateni. Skov (2015) nendib, et kui midagi töötab kliendi jaoks terapeutilises kontekstis hästi, siis võiks iga (kunsti-)terapeut validagi selle meetodi kui muutuste saavutamise vahendi, sealjuures väljudes kunstiteraapia traditsioonilistest raamidest ja võib-olla ka kunstiterapeudi enda terapeutilisest identiteedist.

Käesoleva magistritöö autor lähtub Ameerika Kunstiteraapia Assotsiatsiooni (AATA, 2017) kunstiteraapia määratlusest: "Kunstiteraapia on vaimse tervise valdkonna elukutse, kus kunstiterapeudi juhatusel kasutavad kliendid loomingulises protsessis kunstimeediumi. Kunstitöö kaudu avastatakse oma tundeid, lepitatakse emotsionaalseid konflikte, edendatakse eneseteadvust, õpitakse juhtima oma käitumist ja sõltuvusi, arendatakse sotsiaalseid oskusi, parandatakse orienteerumist reaalsuses, vähendatakse ärevust ja suurendatakse enesekindlust. Kunstiteraapia eesmärgiks on kliendi isikliku heaolu ja toimetuleku parandamine või taastamine. Kunstiteraapia alal praktiseerimine nõuab teadmisi visuaalkunstist, loomeprotsessist, inimese arengust, psühholoogiast ning nõustamise teooriatest ja tehnikatest."

Spaniol ja Malchiodi (2011) kirjutavad, et põhiliselt kasutatakse antud sihtrühmaga töötamisel kunstiteraapias kahte lähenemist. Ühena neist rakendatakse Edith Krameri poolt välja pakutud toetavat teraapia vormi (ehk kunst kui teraapia), kus kunstitegemine ise aitab skisofreeniahaigel kliendil parandada oma purunenud identiteeti. Läbi kunstitegemise

oskuste arendamise toetatakse kliendi enesehinnangut ja mina-pildi terviku loomist. Teine lähenemine on Margaret Naumburgi poolt rajatud dünaamiliselt orienteeritud kunstiteraapia, kus kunstitööd kasutatakse mitteverbaalse väljendusena psühhoterapia kontekstis (ehk kunst teraapias). Autorid (*ibid.*) pööravad tähelepanu ka sellele, et tänapäeval on olemas neid kahte lähenemist kas rohkem või vähem lõimivaid lähenemisi. Üks kunstiteraapia pioneeridest Rubin (2001) kirjutab, et kunstiterapeut peab lähtuma patsiendist ja tema vajadustest ja kunstiteraapia võib olla kombinatsioon mitmest erinevast terapeutilisest lähenemisest: nt psühhoanalüütiline lähenemine (Freud ja Jung), humanistlik (Gestalt, Adler, eksistentsialistlik, isiksusekeskne, fenomenoloogiline) kognitiiv-käitumuslik teraapia, pereteraapia, grupiteraapia lähenemised jt. Selliselt ei põhine kunstiteraapia vaid ühel lähenemisel.

Liebmann, (1987), kes on dünaamilise kunstiteraapia suuna esindaja, soovib kunstiterapias psühhiaatriliste patsientidega kasutada järgmisi põhimõtteid: 1. eelistada erinevaid töövorme ja kunstivahendeid, mille eesmärgiks on patsientide sensomotoorsete oskuste ja assotsiatiivse mõtlemise üldine aktiveerimine. 2. mälu ja mõtlemise treenimiseks mõeldud teemad ja harjutused. 3. võimaldada patsientidel mitteverbaalselt väljendada oma mõtteid ja tundeid. 4. mina-tunnetuse ja minapildist arusaamise selginemine (sellesse gruppi kuuluvad harjutused võimaldavad tugevdada patsientide identiteeti, et uurida nende suhete süsteemi, need harjutused on ühed tähtsamatest rehabilitatsioonitöös). 5. ühist tegutsemist soodustavad teemad ja harjutused grupitöös.

Dünaamilise kunstiteraapia suuna esindajad Case ja Dalley (1992) kirjutavad, et psühhiaatriliste patsientidega töötamisel on tähtis osa teraapiaruumil ja igal patsiendil peaks olema oma kindel töökoht ja töövahendid ning inventaril ja asjadel peab olema samuti oma koht. Psüühilise erivajadusega inimestel puudub tihtilugu võrreldes tervete inimestega nn sisemise ja välise ruumi piiri tunnetus. Nende isiklik „Mina“ on habras ja igasugune püüd sellesse sisse tungida võib mõjuda neile valulikult. Kunstiterapeut peab arvestama patsiendi isikliku ruumi teravdatud tajuga, et klient tunneks ennast hästi ja turvaliselt.

Lönnqvist (2007) kirjutab, et skisofreenia leevendamise puhul käsitletakse terapias enamasti patsiendi argieluga seotud probleeme. Kliendil aidatakse leida endisest paremaid toimetulekumooduseid ning õpetatakse kindlaks tegema ja kontrollima haiguse kulgu mõjutavaid stressitegureid ning psühhoosi ennetavaid sümptomeid. Toetav teraapia võib

patsiendil aidata tunnistada oma haigust ja sellega kaasnevaid puudeid ning õppida elama koos haigusega. Usalduslikul toetaval teraapiasuhtel võib olla positiivne mõju ka patsiendi ravimite tarvitamisele. Kognitiivset teraapiat on kasutatud skisofreeniahaigeid ahistavate meelepetete ja luulumõtete mõjutamiseks siis, kui ravi neuroleptikumidega ei ole osutunud piisavalt tõhusaks. Kõige tõhusamaks peetakse medikamentoosse ravi ja psühhoteraapia kombineerimist psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga (Lönnqvist, 2007).

Spaniol (2003) kirjutab, et kunstiteraapia psüühikahäirega inimestega võib olla sügavalt rahuldust pakkuv töö, sest see annab võimaluse luua sildu ja ühendusi inimestega, kes tunnevad end täiesti üksikuna, pakkuda lootust neile, kes tunnevad lootusetust, suunata neid kasutama kunstivahendeid ja juhtida protsessi, et nad avastaksid oma elus taas tähenduse ja sihid. Terapeudid saavad taastumise teekonnal pakkuda klientidele tulevikulootust.

Spaniol (*ibid*) tõdeb, et kunstiterapeut peab arvestama kliendi haiguse ja selle faasidega. Esimeses haiguse etapis tunnevad inimesed jõuetust ja meeleheidet seoses kontrolli puudumisega oma elu üle. Teises etapis hakkavad inimesed aktsepteerima, et neil on psüühikahäire ja et nad vajavad teavet ning strateegiad haiguse, häire või puudega toimetulekuks. Kolmandas etapis, kui inimesed suudavad paremini hallata oma haigust, saab rohkem tähelepanu pöörata oma identiteedi tugevdamisele. Seda saab hinnata inimese sotsiaalse toimetuleku kaudu. Neljandas etapis on taastumine faasis, kus haigus on kontrolli all, inimene saab hakata tegelema oma annete ja võimete väljendamisega. Teadmised nendest faasidest aitavad terapeuti raviplaani koostamisel.

Suurbritannia kunstiterapeut Huet (1997) kirjutab, et kunstiterapeudid peavad teadma psühhiaatrilise töö eripärasid ja tundma hästi antud valdkonna spetsiifikat. Tema arvates tuleb arvestada psühhootiliste häirete puhul järgnevaga: 1. Krooniliste psüühikahäirete puhul on kahjustused püsivad, nähtavat ja suurt tervenemise efekti pole ehk psühhoteraapiline tulemus on vähe tõenäoline. 2. Kuna võib ette tulla probleeme madala tahteaktiivsuse ja ka häirunud tundeelu ja kognitiivsete võimetega, siis peab valmis olema selleks, et klientide osavõtt teraapiasessioonidest võib olla ebaregulaarne ja nad ei pruugi hästi töösse süveneda. Kindlasti vajavad nad direktiivset lähenemist juhendaja poolt. 3. Kontakti saavutamine klientidega võib olla raskendatud, sest klientide suhtlemisvõime ei ole samasugune kui tervetel inimestel, samuti neil võib olla probleeme rühmatöoga.

Huet (*ibid.*) uuris ka millised probleemid tekkisid kunstiterapeutidel töötades psühhiaatriliste patsientidega ning tõi välja järgmised tähelepanekud: 1. Mittedirektiivne lähenemine on psühhiaatriliste klientidega väheefektiivne. 2. Kiireid tulemusi ei tasu oodata. 3. Tuleb lubada nn amorfset ajalistes piirides, et kohal käiakse ebaregulaarselt. 4. Proaktiivne lähenemine, kliente tuleb ergutada kaasa töötama. 5. Põhirõhk on protsessil, materjalidel, kliendi abistamisel, pigem tuleks rakendada kunst kui teraapia lähenemist psühhodünaamilise lähenemise asemel. 6. Psühholoogilistesse peensustesse pole vaja laskuda, kuna kliendid ei pruugi selleks võimelised olla.

1.1.1. Depressioon

Depressioon on meeleoluhäire, millele on iseloomulik halvav kurbus, lootusetusetunne ja ükskõiksus, energia, rõõmu ning motivatsiooni kadumine, une- ja söömishäired ning muude kehafunktsioonide häired (Gleitman jt, 2014). Depressiooni puhul kulutab inimene oma energia ja lootuse meeletehete ning emotsionaalse valu peale (Riley & Malchiodi, 2011).

RHK-10 (1992) järgi liigitub depressioon (F32) järgmiselt: kerge (F32.0), mõõdukas (F32.1) ja raske (F32.2 ja F32.3). Kerge, keskmise ja raske astme eristamine põhineb kliinilisel hinnangul, mis arvestab sümptomite hulka, iseloomu ja raskust. Kõigi kolme variandi puhul kannatab inimene tavaliselt alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumise ja energia vähenemise all. See toob kaasa suurenenud väsimuse ning vähenenud aktiivsuse. Suurenenud väsimustunne ilmneb juba pärast kerget pingutust. Põhisümptomite (alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadu, energia vähenemine) kõrval eristatakse järgnevaid lisasümptomeid: tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine; alanenud enesehinnang ja eneseusaldus; süü- ja väärtusetunne; trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku; enesekahjustuse- või suitsiidimõtted või -teod; häiritud uni; isu alanemine. Depressioonil on palju erinevaid vorme, aga vahe seisneb selles, kas inimesel on olnud maniakaalseid episoodide või mitte.

Orav jt (2011) kirjutavad, et tihti kaasub skisofreenia spektri häiretega teisi psüühikahäireid, kehalisi haigusi ja sotsiaalseid probleeme – näiteks depressioon. Meeleolulangus võib olla reaktsioon pikale ja raskele haigusele, kuid ka mõned ravimid või elukorraldus võivad

meeleolu halvendada. Depressiooni esinemine võib elukvaliteeti rohkem halvendada kui meelepetted ja luul. Autorid rõhutavad, et suitsiidiriski ennetamiseks on tähtis depressioon ära tunda.

Sageli juhtub, et depressioon võtab inimeselt lootuse. Preston (2000) kirjutab, et depressioon vallandub enamasti alles siis, kui stressis inimene tunneb jõuetust või abitust, depressioonis inimesed tunnevad tihti, et nad on teistest võõrdunud ja üksi. Kleinberg jt (2011) poolt välja töötatud „Perearstide ravijuhendis“ soovitatakse depressiooni raviks lisaks farmakoloogilistele ravimitele psühhoteraapiat ja tugigruppi. Kerge depressiooni puhul tavaliselt farmakoloogilist ravi ei määrata.

Taani kunstiterapeudi Skovi (2015) poolt välja töötatud integratiivne lähenemine ühendab depressiooni ravis kunstiteraapia ja Jungi psühholoogia (tabel 1). Kunstiteraapias on praktiline töö alateadvusega võimalik läbi kujutise (kunstitöö). See võimaldab depressioonis inimesel pääseda ligi oma sisemisele reaalsusele. Depressiooni põhjuste mõistmiseks tuleb arvesse võtta kompleksseid tegureid, mis mõjutavad inimese elu, nagu nt alateadvus. Vastasel juhul lihtsalt kõnnitakse pimeduses (Skov, 2015).

Tabel 1. Vanad ja uued paradigmad depressiooni käsitlemisel (Skov, 2015, lk 336)

Vana paradigma	Uus paradigma
On ohtlik seista silmitsi alateadvusega/tundmatuga.	Indiviidid saavad tugevamaks, kui puutuvad kokku alateadvusega/tundmatuga.
Depressioonist tervenemine ei saa toimuda eneseregulatsiooni kaudu.	Eneseregulatsioon on esimene samm depressioonist paranemise suunas.
Depressioonis pole mingit potentsiaali.	Depressiooni potentsiaal on individuaatsiooni protsess.
Depressioon on indiviidiga seotud haigus.	Depressioon on märk, et midagi vajab muutmist.
Loovus on peamiselt laste, psüühikahäiretega inimeste ja kunstnike jaoks.	Loovus on kõigi jaoks.

Skov (*ibid.*) kirjutab, et Jung identifitseeris meie varjupoolt teise isiksusena, mis on inimese isiksuse intuiitiivne, salajane, teadjam pool. Depressioon viitab sageli sellele, et vari-mina on häiritud ja vajab tähelepanu. Kui sisemised konfliktid jäävad lahendamata, jäävad

tähelepanuta ka täitmata vajadused, nii võtab varjupool elu üle võimust. Varjupool on inimese iseloomu tumedam, mõistatuslikum külg, mis sisaldab sügavaid ihasid, soove ja instinkte. Varjupooles on peidus nii nn negatiivne kui ka positiivne – sügavad emotsioonid, intuitsioon, loominguline energia. Varjus sisaldub inimese elujõud ja teadlikkus. Varjuga tuleb õppida koos elama, et tunda tema tervendavat jõudu. Seda on võimalik kujutada ja läbi töötada kunstiteraapia vahendite ja võtetega.

1.1.2. Senised uurimistulemused kunstiteraapia rakendamisest depressiooniga klientidega

Eestis on Arengukeskus Avitus viinud läbi depressioonigruppi juba pikemat aega. Nende programm kestab kokku üheksa kuud, kohtutakse kaks korda kuus. Kunstiteraapilisi tegevusi ei ole sellesse grupitöösse integreeritud. Osalemine on vabatahtlik. Pärast üheksakuise programmi läbimist saavad kliendid soovi korral jätkata vestlusgrupis. Programm koosneb psühhoedukatiivsest osast (iga kohtumise jaoks on oma teema, kokku võetakse läbi kaheksateist teemat) ja vestlusringist. Depressioonigrupi tulemused on Valdmann ja Ülesoo (2012) võtnud kokku aastatel 2006-2011 läbiviidud gruppide põhjal. Kokku võrreldi nelja meeleoluprobleemidega inimeste gruppi: rühmatööprogrammis osalenuid, individuaalnõustamises osalenuid, ainult ravimite kasutajaid ja professionaalse abita inimesi. Läbiviidud grupitöö analüüs näitas, et depressioonigrupis osalenute tervislik seisund muutus 1-5 aasta jooksul oluliselt paremaks.

Zubala jt (2014) uurisid Suurbritannia kunstiterapeutide arvamusi ja kogemust töö kohta depressiooniga klientidega. Uuringust selgus, et kunstiterapeutid töötasid erinevates tingimustes ja väga raske seisundiga klientidega, nende töö oli pingeline ja juhtpõhimõtted, millest tuli lähtuda, liiga jäigad või isegi mitteasjakohased. Kunstiterapeutid varieerisid oma terapeutilise lähenemise teoreetilist mudelit lähtuvalt kliendi eripärast ja tegid koostööd teiste spetsialistidega, kasutati erinevaid standardiseeritud mõõdikuid teraapiatulemuste mõõtmiseks. Chandraiah jt, (2012) pilootuuringus selgus, et ambulatoorsete psühhiaatriliste patsientidega kord nädalas 8 nädala jooksul läbiviidud grupikunstiteraapia tulemusel vähenesid depressiooninäitajad statistiliselt oluliselt. Korostiy & Hmain (2015) uurisid 150 patsienti, kes põdesid erineva raskusastmega depressiooni ja jõudsid järeldusele, et kunstiteraapia integreerituna teiste ravivormidega on efektiivsem retsidiveeruva depressiooni puhul ja vähemefektiivne hüpoondrilise depressiooni puhul.

Vajadus leevendada emotsionaalset ebamugavust kaasneb erinevate terviseseseisunditega. Waller jt. (2014) uurisid haiglaravil olevaid insuldijärgseid patsiente. Kaks korda nädalas kuue nädala jooksul viidi läbi kunstiteraapia sekkumine, kus mõõdeti ärevuse ja depressiooni näitajaid enne ja pärast sekkumist, näitajad paranesid. Uurijad jõudsid järeldusele, et rehabilitatsioonis tuleb rohkem pöörata tähelepanu insuldijärgsete patsientide emotsionaalsetele vajadustele, kunstiteraapia on selleks sobiv meetod.

Kongkasuwan jt (2016) uurisid kunstiteraapia toimet integreeritult füsioteraapiaga randomiseeritud kontrollgrupiga uuringus insuldi üleelanud üle 50-aastaste patsientidega (n = 118). Sekkumisgrupp ja kontrollgrupp said viis korda nädalas füsioteraapiat. Sekkumisgrupp sai nelja nädala jooksul kaks korda nädalas lisaks ka grupikunstiteraapiat (grupi suurus 5-10 inimest). Selgus, et sekkumisgrupis olid tulemused oluliselt paremad depressiooni, füüsilise funktsioneerimise ja elukvaliteedi osas.

de Moraes jt (2014) uurisid savitöö toimet psüühikahäirega klientidele. Kokku oli 24 patsienti, kellest 12 olid sekkumisgrupis ja 12 kontrollgrupis, kellega savitööd ei toimunud. Kokku toimus kaheksa grupiteraapia seansi (grupis 6 osalejat). Uuringu tulemused kinnitasid savitöö kasutamise efektiivsust kunstiteraapias ja näitasid, et savitöö järgselt olid sekkumisgrupi depressiooni näitajad oluliselt madalamad kui kontrollgrupis.

Pavlovic Stojkovic jt (2016) juhtumipõhine uuring käsitles kunstiteraapia toimet isiksushäire ja depressiooniga sõjaveteranist patsiendi puhul, kelle psühhiaatriline ravi oli suunatud somaatilistele sümptomitele, kuid probleemiks oli ka võimetus oma tundeid väljendada, mida peeti ravi ebaefektiivsuse üheks põhjuseks. Kunstiteraapias suutis patsient väljendada oma lootusetust, kurbust, võõrandumist ja üksindust, mis võimaldas tema depressiooni käsitleda uuest vaatenurgast.

Kivi (2013) uuris oma magistritöös psühhootiliste häiretega klientide (n = 19) heaolu, enesehinnangut ja meeleolu loovusrühma kaudu sekkumises. Iga seansi alguses ja lõpus täidetud meelolu pilditesti tulemused näitasid nii naistel kui meestel meeleolu paranemist.

Xiuling jt (2015) viisid läbi 8-nädalase loovteraapia programmi, mis sisaldas joonistamist ja kirjutamist, mootorsõiduki õnnetuse järgselt posttraumaatilise stressihäirega klientidega (n = 26). Sekkumine algas esimesel õnnetusele järgnenud kuul. Posttraumaatilise stressihäire, depressiooni ja ärevuse näitajaid mõõdeti 2, 6 ja 12 kuud peale õnnetust.

Tulemusi võrreldi ootejärjekorras olevate klientide ($n = 26$) näitajatega. Paraku ei olnud gruppide vahel statistiliselt olulisi erinevusi. Autorite hüpotees, et rakendatud loovteraapia programmiga saab ära hoida posttraumaatilise stressihäire sümptomeid, ei leidnud kinnitust.

Rankanen (2014) uuris kunstiteraapia grupiprotsessi positiivseid ja negatiivseid kogemusi kaheksa kunstiteraapia grupi põhjal ja analüüsis 36 narratiivi, mis olid gruppides osalejate poolt kirjutatud üheaastase grupikunstiteraapia järgselt. Rankanen toob järeldusena, et positiivsed kogemused suunavad kliente tegelema raskemate aspektidega terapeutilises töös, samas kui ebameeldivad kogemused seoses negatiivsete emotsioonide või mõtetega kiirendavad konstruktiivset terapeutilist muutust, kui sellega kaasneb terapeutilise kogemuse sügavam mõistmine. Ambivalentseid kogemused võivad terapeutilist protsessi toetada või takistada.

1.2. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse tööpõhimõtted psüühilise erivajadusega klientidega

Käesoleva magistritöö uurimus on viidud läbi Tallinna Vaimse Tervise Keskuses (TVTK), mistõttu on järgnevalt toodud lühike asutuse kirjeldus, mis toetub TVTK kodulehelt (Tallinna Vaimse Tervise...) pärit informatsioonile ja TVTK organisatsiooni käsiraamatule (2016). TVTK asutati 2000. aastal, et pakkuda hoolekandeteenuseid täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimestele. Organisatsiooni tegevus ulatub aga juba aastasse 1996, kui alustas tegevust Tallinna Vaimse Tervise Keskuse esimene osakond – Haabersti klubimaja. TVTK on Tallinna linna sotsiaalhoolekandenasutus, mis pakub ja arendab vaimse tervise teenuseid psüühilise erivajadusega täiskasvanud inimestele ja nende peredele, aitab oma klientidel psüühilisest haigusest taastuda ning on taastumisprotsessis toetavaks ja nõustavaks partneriks. TVTK pakub erihoolekandeteenuseid ning tööalast ja sotsiaalset rehabilitatsiooni.

TVTK teenused on mõeldud täisealistele inimestele, kes vajavad psüühikahäire tõttu tavalisest enam kõrvalist abi ja juhendamist, et igapäevaeluga toime tulla. TVTK-s pakutavad teenused põhinevad psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtetel, töös kasutatakse Hollandis välja töötatud CARE metoodikat (*A Comprehensive Approach of Rehabilitation and Recovery*) ehk kõikehõlmavat lähenemist rehabilitatsioonile ja

taastumisele. CARE metoodika on mõeldud kutselistele aitajatele tööks psühhosotsiaalselt haavatavate sihtgruppidega. CARE on suunatud abivajaja isiklikule ja sotsiaalsele taastumisele.

Kliendi suunab teenustele Sotsiaalkindlustusamet või Eesti Töötukassa. Suunamise alusel on kliendile kõik teenused tasuta, kuid teenuseid on võimalik saada ka hinnakirja alusel ise tasudes. TVTK teenustele on omistatud Euroopa sotsiaalteenuste kvaliteedimärk EQUASS.

TVTK on suur asutus, mille üksused asuvad viiel erineval aadressil ja kus töötab ligi 90 vaimse tervise spetsialisti. Teenust osutatakse aastas üle 700-le kliendile. TVTK struktuuri kuulub seitse erinevat üksust: 1. Rehabilitatsioonimeeskond pakub sotsiaalse- ja tööalase rehabilitatsiooni teenust. 2. Kogukonnatöö meeskond pakub igapäevaelu toetamise ja toetatud elamise teenust. 3. Pelguranna teraapiakeskus igapäevaelu toetamise teenust. 4. Pelguranna tugikodu pakub toetatud elamise teenust. 5. Haabersti klubimaja pakub igapäevaelu toetamise ja töötamise toetamise teenust. 6. Lasnamäe tegevuskeskus pakub igapäevaelu toetamise ja töötamise toetamise teenust. 7. Iru noortemaja pakub individuaalset tuge ja grupitergevusi. Teabetuba jagab infot ja pakub kogemusnõustamist.

TVTK pakub kolme erihoolekandeteenust, milleks on:

1. Igapäevaelu toetamine. Selle teenuse eesmärgiks on saavutada inimese parim võimalik iseseisev toimetulek. Toimetulekut ja arengut toetatakse sotsiaalsete oskuste, toimetuleku- ja tööoskuste kujundamise ning inimese lähedaste nõustamise kaudu.
2. Toetatud elamine. Selle teenuse eesmärgiks on tagada inimese võimalikult iseseisev toimetulek iseseisvalt elades. Toetatakse igapäevaelu ja majapidamise korraldamisel ning vajadusel antakse eluruumi kasutusvõimalus.
3. Töötamise toetamine. Selle teenuse eesmärgiks on toetada inimese iseseisvat toimetulekut ja parandada tema elukvaliteeti tema võimetega sobiva töö otsimise ning töötamise ajal.

Lisaks erihoolekandeteenustele pakub TVTK ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust inimestele, kes vajavad püsiva psüühikahäire tõttu igapäevaelus abi oma erivajadusest tulenevate piirangutega toimetulekuks. Rehabilitatsioon kestab sõltuvalt kliendi seisundist ja vajadustest kuni kaks aastat ning seda tehakse erinevate rehabilitatsiooniprogrammide kaudu. Samuti pakutakse tööalase rehabilitatsiooni teenust, mis on mõeldud tööealistele

inimestele, kellel on raske, sügava või püsiva psüühikahäire tõttu vähenenud töövõime ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide abi.

TVTK-s on heal tasemel kogemusnõustamine. Kogemusnõustamine on sarnase kogemusega inimeste vahel teadmiste ja kogemuste vahetus ja/või nõustamine, mille käigus pakutakse kogemuslikku emotsionaalset, sotsiaalset ja/või praktilist tuge. Asutuses töötavad psüühikahäirest taastumise kogemusega nõustajad, kellelt saavad tuge taastumisteel olevad kliendid. Sotsiaalnõustamisega tegeleb TVTK-s teabetuba, sealt saab infot erinevate teenuste kohta.

Pelguranna teraapiakeskus, kus viidi läbi magistritöö sekkumine depressiooni tugigrupi näol, pakub lisaks individuaalsele klienditööle teraapilisi tegevusi väikestes gruppides ning rühmatööd igapäevaoskuste arendamiseks ja vaba aja sisustamiseks. TVTK-s töötab töötajatest kõige arvukamalt tegevusjuhendajaid. Tegevusjuhendajad lähtuvad oma töös peamiselt tegevusteraapia filosoofiast, kus inimest nähakse loomult aktiivse, kollektiivse, elamusi otsiva ja tegutsemist vajavana. Erinevate teraapiate meetodeid ja elemente saab kasutada erinevates teraapilistes tegevustes. Teraapilise tegevuse eesmärk on parandada või säilitada kliendi seisundit. Tegevusjuhendaja võib kasutada erinevaid loovteraapia elemente teraapilisteks tegevusteks.

Kõik TVTK töötajad lähtuvad oma töös kehtivast Sotsiaalala töötaja eetikakoodeksist ja oma eriala eetikakoodeksist. TVTK eesmärk on pakkuda teenuseid, mis vastavad võimalikult hästi nii praeguste kui ka potentsiaalsete klientide vajadustele. Pidevalt kujundatakse oma teenuseid mitmekesisemaks, luuakse uusi sihtgrupi- ja vajadusepõhiseid teenuseid ning programme. TVTK võimaldab üliõpilastel teha asutuses uurimistöid, mille tulemused aitavad samuti kaasa teenuste arendamisele.

1.2.1. CARE metoodika

TVTK-s toetutakse teenuse osutamisel psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kõikehõlmava lähenemise metoodikale – *Comprehensiv Approach of Rehabilitation CARE methodology*. Asutus võimaldab oma töötajatele CARE koolituse ja töötajad lähtuvad oma töös CARE

metoodikas kirjeldatud jõustamise põhimõtetest ning Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO) jõustamise käsitlest vaimse tervise valdkonnas (Organisatsiooni käsiramat, 2016).

CARe metoodika töötasid välja hollandlased Dirk den Hollander ja Jean Pierre Wilken 20. sajandi kaheksakümnendatel aastatel olles inspireeritud Inglismaa ja Ameerika rehabilitatsioonikäsitlestest. CARe metoodika aluspõhimõtteks on taastumisele, kohalolule ja tugevustele suunatud metoodiline töö, kesksel kohal on klient tervikliku inimesena koos oma elukeskkonna ja sotsiaalse võrgustikuga (Wilken & den Hollander, 2015).

Wilken & den Hollander (2017, lk 15) annavad definitsiooni: „Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on protsess, mis on suunatud psühholoogiliste, sotsiaalsete ja muude piirangutega isikute abistamisele, saavutamaks võimalikult kõrget elukvaliteeti, et inimene oleks võimeline enda valitud keskkonnades – kodus, tööl ja mujal –, nii isiklikul kui ühiskondlikul tasandil, rahuldust pakkuvalt funktsioneerima.“ CARe metoodika on nüüdseks Hollandis ja teistes maades kasutusel olnud peaaegu kakskümmend aastat.

Wilken & den Hollander (2004, lk 31) kirjutasid, et: „CARe metodoloogiat nimetatakse üld- ja protsessimetodoloogiaks. Üldine on ta seetõttu, et metodoloogia loob baasi professionaali tegevuseks. Protsessimetodoloogia on ta aga sellepärast, et ta kujundab rehabilitatsiooni protsessi. CARe metodoloogia on suunatud süstemaatilisele ja tulevikus asetleidvale kliendi ning tema keskkonna toetamisele. See metodoloogia formuleerib integreeritud rehabilitatsioonilise lähenemise kolme dimensiooni: suhteid, tegevust ja aega.“

CARe metoodika alusel töötav spetsialist viib klienditööd läbi järgmiselt (Wilken ja den Hollander, 2015): 1. kliendisuhte loomine ja hoidmine; 2. kliendi tervikliku hindamise läbiviimine; 3. kliendi soovide sõnastamine ja eesmärkide püstitamine; 4. kliendi juhendamine valikute tegemisel ja individuaalset tegevusplaani koostamine; 5. kliendi taastumise ja haavatavusega toimetuleku toetamine; 6. kliendi keskkonna toetamine ja arendamine; 7. klienditöö protsessi ja tulemuse hindamine.

Wilken & den Hollander (*ibid.*) toovad välja, et CARe metoodika kohaselt on elukvaliteet seotud: isiklike valdkondadega – milleks on enesehooldus, tervis, elu mõtestamine ja sotsiaalsed suhted ning eluvaldkondadega – milleks on elamine, töötamine, õppimine ja

puhkamine (vaba aja veetmine). Kõnealune metoodika uurib nende valdkondadega seotud kliendi soove ja isiklikke eelistusi.

Wilken ja den Hollander (2017) rõhutavad, et CARE põhimõtted moodustavad raamistiku, millel põhineb töötaja profiil. CARE töötaja (ehk CARE metoodika alusel töötav spetsialist) pakub kliendile või klientide rühmale juhendamist ja toetust mis aitavad kaasa elukvaliteedi parandamisele, isiklikule taastumisele ja sotsiaalsele osalemisele. Lähtutakse kliendi ja tema keskkondade tugevustest ja võimalustest. CARE töötaja aitab kliendil saavutada eesmärgi, mille too enda jaoks on seadnud. CARE töötaja on tähelepanelikult kohal: jääb kliendi juurde ja ei jäta teda hätta. Orienteerutakse kliendi elukvaliteedi säilitamisele või parandamisele. Keskkel kohal on kliendi elu mõtestamise mõiste. Klienti toetatakse taastumiprotsessis, võimestatakse teda, edendatakse tema kogemusteadmisi. CARE töötaja kohandub kliendi soovide, eesmärkide ja psühhosotsiaalse haavatavusega seotud toetusvajadusega, samuti toetatakse kliendi osalemist ühiskonnaliikmena.

Wilken & den Hollander (*ibid.*) toovad esile CARE metoodika kolm olulist põhimõtet, millele klienditöös toetuda, need on: baasturvalisus, aktiivne abi ja isiklik kohtumine. Klienditöötajal on vaja klienditöös saavutada samaväärsete partnerite suhe. Klienditöö on suunatud taastumisele, mis on kliendi isiklik arenguprotsess. CARE töötaja tegevus toetab klienti taastumisprotsessis. Klienditöös on tähtsal kohal jõustamine, sest tihti on vaja ületada takistusi ja lahendada probleeme. Lahendusele viivad lähemale kliendi erinevad ressursid: anded, oskused ja isikuomadused, aga ka kõik muu, mis klienti vaimustab. Tähtis on ka kliendi elukogemus, kultuur ja omandatud teadmised. Klient omab ka välised jõude ja võimalusi: nt elukeskkond, perekond, sõbrad, töökoht jm. Enne probleemiga tegelema asumist tuleb kõigepealt kaardistada kliendi jõud.

Wilken ja Hollander (2017) rõhutavad, et klienditöös tuleb arvestada, millisel taastumisastmel klient on, et seada taastumise eesmärk. Kokku on neli taastumisprotsessi faasi: heitumine piirangust, võitlemine piiranguga, elamine piiranguga ja piirangust üle olemine. Taastumist on kirjeldatud ka kui püsivat seisundit, mis sisaldab normaalsel tasemel sotsiaalset ja tegevuslikku toimetulekut, iseseisvalt elamist ja haiguse taandumist või head toimetulekut sümptomitega (Lieberman, Kopelowicz ja Ventura & Gutkind, 2002).

Taastumisprotsessil on viis tugisammast (Wilken & den Hollander, 2015): 1. Motivatsioon: kui liikumapanev jõud taastumisel, nt lootus, soovid ja püüdlused. 2. Identiteet: isikliku identiteedi väljaarendamine, muuhulgas oma elulugu konstrueerides ja isiklikke jõude avastades. 3. Teadmised ja oskused, muuhulgas võimed piiranguga toime tulla, ennast hooldada ja saavutada suurem enesekontroll. 4. Staatus ja elule mõtte andmine: mõtestatud tegevuste, hinnatud sotsiaalsete rollide ja positiivsete suhete välja arendamine. 5. Sotsiaalne ja materiaalne toetus, sealhulgas kontakt saatusekaaslastega, toetus perekonna ja teiste poolt, elukoht, töö, professionaalne hooldus ja toetus.

Antud töö kontekstis on CARE metoodika tähtsal kohal, sest depressiooni tugigrupi programm koostati lähtudes CARE põhimõtetest. Põhiline on, et klienti jõustatakse ja võimestatakse, toetatakse taastumisprotsessis, ning edendatakse kogemusteadmisi. Kunstiteraapiat kasutatakse lõimituna CARE metoodika põhimõtetega kliendi- ja grupidöö ilmetamiseks, toetamiseks ja rikastamiseks. Kunst võimaldab nähtavaks teha abstraktsed mõtted, soovid, unistused ja eesmärgid, mille poole liikuda. Kunstiteraapia võimaldab turvaliselt väljendada nii positiivseid kui negatiivseid kogemusi ja võimalikke takistusi, kunstiteraapia kaudu saame leida üles tugevused, ressursid ja peidus oleva jõu, mis aitab raskustest üle saada, teha järgmiseid samme eesmärgi suunas liikumisel. Kunsti kaudu saab kujutada reaalsest olukorda, kuhu soovitakse jõuda ning näha seda reaalsena siin ja praegu. Kunstiteraapia toetab CARE metoodikat ja vastupidi.

1.3. Rühmatöö kunstiteraapias

Tegevusjuhendaja käsiraamat (2010) kirjeldab rühmatööd ja rõhutab, et rühmatöö on aitamistöös hinnatud meetod, sest koos tegutsemine on inimestele loomumane ja meelepärane. Sotsiaalse rehabilitatsiooni programmide gruppides osalenud klientide hospitaliseerimisjuhtumid on harvemad kui nende puhul, kes gruppides ei osale. Koos tegutsedes sujuvad asjad sageli paremini ja kiiremini, samas eeldab see ühist eesmärki ja tööjaotust. Grupitöö käigus kliente suhtlemas ja tegutsemas nähes saab grupijuht nende kohta olulist informatsiooni. Grupp näitab inimestele, et nad ei ole üksi ja neil on lootust oma elu teistmoodi üles ehitada. Grupitöö meetod on sageli väga mõjus töös erivajadusega inimestega. Grupp on hulk inimesi, kes isiksustena on erinevad ja moodustavad heterogeense

kogumi, nad on kokku tulnud eesmärgiga midagi ühiselt saavutada. Grupp on tervik, mille toimimisel on oma seaduspärasused. Grupile on iseloomulikud järgmised tunnused: kollektiivne tajus (tajume end kui gruppi) – jagatud ettekujutused, mõtted, ideed (on midagi, mis meid ühendab) võimalus rahuldada teatud vajadusi; vastastikune sõltuvus – iga grupiliikme iga tegevus mõjutab teisi; sotsiaalne organiseeritus – oma normid, rollid, reeglid, võimusuhted jne; interaktsioon – mõjutame üksteist suhtlemise kaudu; kohesiivsus – seotus, kokkuhoidmine.

Liebmann (2004) on välja toonud grupitöö eelised kunstiterapias: 1) grupp loob hea keskkonna harjutamiseks, sest suur osa sotsiaalsest õppimisest toimub grupis; 2) sarnaste vajadustega inimesed saavad üksteisele toetust pakkuda ja aidata üksteist probleemide lahendamisel; 3) grupi liikmed saavad õppida üksteise reflektatsioonist ja tagasisidest; 4) grupiliikmed saavad proovida uusi ja erinevaid rolle ning näha teiste reaktsioone ja saada selle kaudu toetust ja julgustust; 5) grupp võib aidata avastada ning arendada inimeses peidus olevaid ressursse ja võimeid; 6) grupitöö on sobivam inimesele, kelle jaoks individuaaltöö tundub liiga intiimsena ja intensiivseks; 7) grupid võivad olla demokraatlikud, kus jagatakse jõudu ja vastutust; 8) mõnede terapeutide jaoks on grupitöö rahuldust pakkuvam kui individuaaltöö ja 9) grupp on säästlik viis aidata samaaegselt mitut inimest korraga.

Rubin (2005) rõhutab, et kunstiterapiiline grupitöö pakub võimalust loomulikuks suhtluseks mitteametlikul ja mittehirmutaval viisil. Neil on võimalik üksteist jälgides õppida, koguda kindlust, jagada kogemusi ning harjutada teistega koostöödamist ja inimeste vaheliste erinevuste aktsepteerimist.

Liebmann (2004) toob hariliku teemapõhise kunstiterapia seansi ülesehituse näite: 1) sissejuhatus ja soojendusharjutus: 10-30 min., 2) kunstitöö: 20-45 min., 3) arutelu kunstitöö üle: 30-45 min., 4) lõpetamine: 5-10 min. Sageli on rühma läbiviimiseks ettenähtud aeg 1,5 kuni 2 tundi. Tuleb arvestada, et aega oleks piisavalt nii kunstitööks kui ka aruteluks. Liebmanni soovitusel on psüühikahäirega klientide minapildiga töötamiseks sobivad teemad: 1) kuidas sa ennast näed; 2) kuidas teised sind näevad, lähedased ja kaugemad inimesed; 3) milline sa tahaksid olla. Liebmann on välja toonud ka grupitöö nõrkused, mida töö planeerimisel arvestada: grupis toimuvale konfidentsiaalsuse tagamine on keerulisem, grupid vajavad rohkem ressursse (vahendid, ruum) ja neid on keerulisem organiseerida,

grupiliikmetele jääb vähem individuaalset tähelepanu ning grupp võib saada sildistatud või stigmatiseeritud, tuleb ka arvestada, et kõikidele inimestele ei sobi rühmatöö meetod.

Liebmanni (*ibid.*) järgi võivad kunstiteraapia rühmad olla mitut tüüpi: avatud, poolavatud või suletud rühmad. Suletud rühm tegutseb tavaliselt kindla sessioonide arvu ja kindlate liikmetega. See annab võimaluse rühma liikmetele teineteist hästi tundma õppida ja loob usalduse sügavamal tasemel. Avatud rühmas võivad inimesed liituda ja lahkuda, millal soovivad, seetõttu jääb rühm üpris pealiskaudsele suhtlemistasandile. Poolavatud rühm on eelmise kahe kompromiss, kus osalevad teadud kindlad kliendid, kuid liikmeskond vahetub aeglaselt - see aitab säilitada rühma vaimu. Rüütel (2001) kirjutab, et suletud rühm töötab teatud aja, tal on konkreetne algus ja lõpp, mis on seotud püstitatud eesmärgi saavutamisega.

Liebmann (*ibid.*) toob välja, et enamasti jääb grupiliikmete arv vahemikku 6-12. Väiksemad, 6-8 liikmelised grupid on intiimsemad ja toetavamad, samal ajal kui suuremad grupid pakuvad rohkem võimalust interaktsiooniks ja loovuseks ning vajadusel nn varju jääda. Rüütel (*ibid.*) rõhutab, et rühma kestus ja regulaarsus sõltuvad rühma eesmärgist ja ülesannetest. Tähtis on, et rühma kestus ja sagedus oleks osalejatele jõukohane, st mitte liiga kaua ja mitte liiga tihti.

Liebmann (2004) toob välja kunsti kasutamise väärtuse grupitöös järgmiselt: 1) kunst pakub võimaluse olla tegevusse kaasatud (eriti oluline on see gruppides, kus liikmetel võib olla raskusi enda verbaalse väljendamisega); 2) kunst pakub võimalust kõigil liituda lähtudes oma isiklikust tasemest; 3) kunsti abil on võimalik kaasata erinevamaid inimesi kui verbaalsetes rühmades; 4) teiste grupiliikmete kunstitööde nägemine annab rühmatööle uue dimensiooni; 5) kasutada saab grupe mõeldud interaktiivseid kunstitegevusi; 6) kunst pakub palju materjali grupiprotsesside ja dünaamika toetamiseks.

Kunstitöödel on grupi jaoks nii kommunikatiivne kui ka ekspressiivne jõud (Rubin, 2005). Näiteks võivad soojendusharjutused lihtsustada uute inimeste ja ruumiga kohanemist grupis. Kunstilised tegevused toetavad liikmete vahelist suhtlust, võimalus on ennast läbi kunstitöö tutvustada, arutleda protsessi ja valmis töö üle, jagada olulist.

Rüütel (2001) ja samuti tegevusjuhendaja käsiraamat (2010) rõhutavad, et grupijuhil on kohustus luua turvaline õhkkond grupi sees. Samas tuleb grupitööd tehes arvestada kogu

asutuse eesmärkide ja huvidega. Grupijuhina tuleb teada, kes on grupiliikmed ja kuidas nad gruppi sattusid (vabatahtlikult, suunatuna raviarsti poolt, tegevusjuhendaja poolt vms). Tähtis on, et grupijuht ise ka saaks grupi komplekteerimisel sõna sekka öelda. Tasub teada, et grupitöö ei sobi kõigile ja seda ei pea tegema kõigi klientidega. Keskenduda tuleb positiivsele, mis on pärast grupitööd kliendi jaoks teisiti. Enne grupitööga alustamist tuleb hoolikalt läbi mõelda: kus grupitöö toimub, kas see koht on sobiv, kas seal on piisavalt ruumi, kuidas paigutada mööblit, millal grupitöö toimub, kas see on osalejatele sobivaim aeg, kas kestus on kliendile sobiv, milline oleks parim kohtumiste intervall, milliseid vahendeid on vaja, kas on vaja midagi osta, kas selleks on ressursse, kas gruppi juhitakse üksinda või kellegagi koos jms.

Grupid võivad töötada nii teemapõhiselt kui ka avatud stuudio põhimõttel, et igaüks teeb nn oma asja. Seda võib iseloomustada kontiinumil, mille ühes otsas on alati struktureeritud, kindla ühise eesmärgiga tegevus ning teises otsas mittestruktureeritud tegevus, kus grupp kohtub, kuid iga grupiliige keskendub pigem iseenda vajadustele ja tegutseb sellest lähtuvalt. (Liebmann, 2004). Rubin (2005) toob esile, et ühe kindla temaatikaga tegeleva lühiajalise grupi puhul võiks siiski olla parim teemapõhine lähenemine, see tähendab, et iga kord keskendutakse kindlale teemale või ülesandele. Teemapõhise kunstigrupi tavaline formaat koosneb enamasti sissejuhatusest, kunstitööst, tööde arutelust ja lõpetamisest (Liebmann, 2004).

Tegevusjuhendaja käsiraamat (2010) ja Rüütel (2001) kirjutavad, et grupid arenevad ja muutuvad sageli üsna etteaimataval viisil, kuigi enamik grupiliikmeid ei ole sellest teadlikud. Grupil on viis arengufaasi: 1. kujunemine. 2. vastupanu. 3. kohanemine. 4. tegutsemine. 5. lõpetamine. Grupijuht peab teadma, et grupi arengu peamiseks mõjutajaks on grupiliikmete isiklikud ja grupi kui terviku vajadused, mis on pidevas muutumises. Grupijuht peab tagama grupiliikmetele: 1. turvalisuse 2. et igaüks saaks grupist midagi 3. et igaüks annaks grupile midagi 4. teadmise, et grupp hoolib igast oma liikmest. Tegevusjuhendaja käsiraamatus (*ibid*) rõhutatakse, et grupitööl on alati oma kindel eesmärk, selleks on mingi muutuse tekkimine: nt. osata paremini midagi teha, olla julgem suhtleja, saada iseendast paremini aru jm. Psühhoteraapiat uurinud autorid on arvamusel, et psühhoteraapia protsessis on kõige olulisemaks muutuse toetajaks suhe terapeudi ja klientide vahel. Psühhoteraapia koolkonnad kasutavad erinevaid meetodikaid ja on tulemustes edukad, ühiseks eduelemendiks on kõikide koolkondade puhul kliendi ja nõustaja suhe.

Humanistliku suunaga koolkonnad kirjeldavad nõustamissuhet kui sügavat empaatilist suhet üksteisega võrdsete inimeste vahel, nende käsitluste läbivaks jooneks inimlikkus.

Kokkuvõte

Kunstiteraapiat rakendatakse sotsiaal- ja tervishoiu asutustes ning mitmed uurimistulemused on näidanud selle positiivset toimet haigusest taastumisel. CARE metoodika on töötatud välja selleks, et toetada pikaajaliste haigustega ja vaegustega kliente teostama oma elusihte. Osad kliendid peavad kogu oma elu võitlema piirangutega, teised on aga haigestunud hilisemal eluperioodil. Kõikidel juhtudel on tegemist täitumata jäänud soovidega, millele lisanduvad veel kaotuskogemused, mis kaasuvad haiguse ja piirangutega. Eristada tuleb tervenemist ja taastumist. Tervenemine on täielik, taastumine aga „tervenemise“ protsess. Krooniliste haiguste puhul on vaja orienteeruda taastumisperspektiivile. CARE metoodika rakendamisel toetatakse kliendi tugevustele, olemasolevatele ressurssidele, elukogemusele, soovidele ja unistustele, mis teda innustavad. Skov (2015) kirjutas, et depressiooni ravis tuleb toetuda ka alateadvusele, tumedamale poolele, mis on meie jõu allikas. Ta kirjutab, et depressioon on märk, et midagi vajab muutmist ja eneseregulatsioon on esimene samm depressioonist paranemise suunas. Liebman (2004) toob välja grupitöö ja grupikunstiteraapia positiivse külje: sotsialiseerumine, üksteise abistamine, suhtlemine, ressursside ja lahenduste ühine leidmine. Grupijuhi isiksus ja grupijuhtimise stiil mõjutab teraapilist protsessi ja tulemust, samuti seda, kas kliendid soovivad osaleda grupitöös. Psüühilise erivajadusega inimestel puudub sageli tahtejõud isegi kodust välja tulla, seetõttu on eriti tähtis luua neile turvaline teraapiakeskkond. Huet (1997) kirjutab teraapiaruumi ja kunstivahendite paigutuse tähtsusest. Grupijuht peab olema pigem direktiivne, kuid oma olemuselt soe ja inimlik, olema klientide jaoks olemas ja kohal. Grupijuhil on kohustus luua turvaline õhkkond grupi sees. CARE metoodika võimaldab integreerida kunstiteraapiat jt loovteraapia liike, kuna CARE annab raamistiku, kuidas töötada kliendi ressursside, takistuste soovide, unistustega jm-ga, kunst võimaldab seda tööd ilmestada ja rikastada, anda lisanüansi näiteks siis, kui sõnadest pole abi, või soovgi pole veel selgelt väljendunud. Kunst võimaldab luua valmis pilte soovitud olukorrast, kuhu tahetakse jõuda. Kunsti kaudu saab näitlikuks teha väikesed sammud, mille abil suurema eesmärgi suunas edasi liikuda. Kunst pakub lõõgastust ja kunstitööde vaatlemine ja arutlemine grupis, inspireerib osalejaid

suhtlema, ennast vabamalt väljendama, tundma teiste grupiliikmete osadust ja olla hetkes kohal. Kunstiteraapiline rühmatöö CARE võtmes võimaldab kogeda midagi teistsugust.

2. UURIMUS

2.1. Eesmärk ja uurimisküsimused

Uurimuse eesmärgiks oli selgitada välja kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime psüühilise erivajadusega klientide taastumisprotsessile. Lähtuvalt eesmärgist esitati kaks uurimisküsimust: 1. Millised on TVTK töötajate ootused depressiooni tugigrupile ja kunstiteraapiale? 2. Milline on kunstiteraapia harjutusi integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime klientide emotsionaalsele enesetundele, heaolule ning depressiooniga toimetulekule? Püstitati hüpotees: kümnenädalase sekkumise järel on WHO-5 heaolu indeksi ja EEK-2 emotsionaalse enesetunde näitajad sekkumisgrupil paranenud võrreldes algnäitajatega.

2.2. Meetod

2.2.1. Uurimuses osalejad

Uurimus viidi läbi TVTK-s, uurimuse läbiviimiseks anti asutuse poolt kirjalik nõusolek. Sekkumist puudutavas küsitluses osales vabatahtlikkuse alusel kakskümmend TVTK töötajat, vanuses 27-58, kellest 19 olid naised ja üks mees (juhid, vanemtegevusjuhendajad, tegevusjuhendajad jt töötajad). Kunstiteraapiaid integreerivas depressiooni tugigrupis (sekkumisgrupis) oli kokku üheksa psüühilise erivajadusega osalejat, vanuses 18-51 (kaks meest ja seitse naist), neist kaheksal oli lisaks psüühikahäirele diagnoositud ka depressioon, üks klient põdes ainult depressiooni. Kontrollgrupi moodustasid kaheksa depressiooniga klienti, kellest seitsmel oli diagnoositud ka muu psüühikahäire. Kontrollgruppi kaasati kliendid noorte tugigrupist (vanuses 18-30) ja loovteraapia grupist (vanuses 20-42), kontrollgrupis oli kaks meest ja kuus naist. Kontrollgrupp ei osalenud kunstiteraapiaid integreeriva depressiooni tugigrupi programmis.

2.2.2. Andmekogumismeetodid

Sekkumise tulemuse hindamiseks kasutati kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid mõõtmisvahendeid. Kliendid täitsid sekkumise alguses ja lõpus WHO-5 heaolu skaala (Sisask, Värnik, Kõlves, Konstabel, & Wasserman, 2008), vt lisa A Eesti täiskasvanud elanike valimi puhul Cronbach'i $\alpha = 0,93$; $n = 466$. Heaolu skaalat WHO-5 on kasutatud näiteks Newnham, Geoff, Hooke ja Page (2010) uurimuses psühhiaatrilise ravi tõhususe mõju mõõtmisel psüühilise erivajadusega klientidega.

Teiseks mõõdikuks oli emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2, vt lisa B, mis on välja töötatud Tartu Ülikooli teadlaste poolt. Euroopa Vaimse Tervise Edendamise Võrgustiku (ProMenPol) andmebaasis kirjeldatakse küsimustikku järgmiselt: „Emotsionaalse enesetunde küsimustik on subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks. Küsimustikku kasutatakse sõeltestina ärevus- või meeleoluhäiretega isikute välja selgitamiseks ning ärevus- ja depressiivsete häiretega patsientide seisundi iseloomustamiseks ja dünaamiliseks jälgimiseks. EEK sisaldab väiteid depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemise kohta.“ Emotsionaalse enesetunde küsimustiku kaheksat küsimust on näiteks Arengukeskus Avitus kasutanud oma depressioonigrupi osalejate enesetunde mõõtmiseks (Valdmann & Ülesoo, 2012).

Sekkumise alguses ja sekkumise lõpus kasutati kolmel küsimusel põhinevaid küsimustikke, mille originaalid on katsetamisel praegu käimasolevas kunstiteraapia valu uuringus¹. Küsimustikega uuritakse ootusi kunstiteraapiale (KTO) ja kunstiteraapia tulemusi (KTT), vt lisa C. Lisaks viidi sekkumise lõpus läbi kirjalik küsitlus, mis andis ülevaate sekkumisgrupis osalenute grupikogemusest.

TVTK töötajatega viidi läbi poolstruktureeritud küsitlus, vt lisa D, millega uuriti, kui palju on asutuses potentsiaalseid kunstiteraapilise depressiooni tugigrupis osalejaid ning millised on töötajate ootused sellele grupile. Töötajate küsitlemiseks kasutati elektroonilist küsitlust (küsitluse link saadeti töötaja e-mailile), selle sissejuhatavas osas selgitati planeeritava uuringu eesmärki, eetilist külge ja vabatahtlikkuse põhimõtet. Sekkumisgrupp vastas viimasel kohtumiskorral kokkuvõtvale avatud küsimustega küsimustikule, vt lisa E.

¹ Rüütel, E., Kaldur, T., Kruus, K., Ivanova, A. ja Tibar, K. Grupikunstiteraapia mõju fibromüalgiaga patsientide valule, enesetundele ja valuga toimetulekule, 2016-2017.

2.2.3. Protseduur

Uuringus osalemine oli TVTK töötajatele ja klientidele vabatahtlik. Küsitlused ja sekkumine viidi läbi magistritöö autori poolt. Sekkumine toimus 2017. aasta jaanuaris-märtsis. Depressiooni tugigruppi registreerus kaksteist klienti, kellest kümme tulid esimesele kohtumisele. Üks klient loobus pärast esimest grupiseanssi, sest teda hirmutas avameelne vestlus surma teemal. Ta jätkas grupitööga depressiooni tugigrupi asemel loovteraapia grupis ja noorte tugigrupis. Algusest lõpuni osales üheksa klienti. Sekkumine toimus kord nädalas, kokku kümme korda, kaks tundi korraga.

Igaks rühmaseansiks oli konkreetne õppeprogrammi teema (vt lisa G) ja kunstiteraapia osa, mis lähtus grupi kontingendist ja vajadustest ning käsitletavast teemast. Kunstiteraapia ruum oli suur ja avar, hästi valgustatud, keset ruumi oli pikk laud, mille ümber kliendid ringis istusid. Kunstivahendid olid alati eelnevalt lauale valmis pandud, vajadusel sai veel sobivamaid vahendeid võtta lisaks lahtisest riulist. Klientidele selgitati eelnevalt, et kui kunstivahendid või teema ei sobi, siis võib grupijuhendaja poole pöörduda ja üheskoos leida midagi sobivamat asemele. Kunstiteraapia teemade puhul lähtusin sellest, et klient saaks kõigepealt oma tundeid ja emotsioone kunsti kaudu väljendada, seejärel aga liikuda sammhaaval ja tugevustele ning ressurssidele toetudes (CARE metoodika põhimõte) soovitud eesmärgi või olukorra poole. Näiteks teemad: Haigus/tervis; Minu enesetunne praegu/ja siis kui mul on parem; Teekond ideaalse minani/grupiliikmete komplimentisüdamed üksteisele; Minu tervisetaim (mida ta vajab?) jm. Pärast kunstitööde valmimist korraldasime ühise tööde vaatlemise/näituse ja teemapõhise arutelu. Kunst oli meediumiks tunnete, soovide ja mõtete väljendamisel. SekkumISRühma kunstitööde näidised on toodud lisa F.

Esimesel ja viimasel seansil mõõdeti heaolu (WHO-5) ja emotsionaalse enesetunde (EEK-2) näitajaid ning joonistati lugu lähtudes projektiivsest tehnikast *Draw-A-Story – DAS* (Silver, 2007). Viimast käesoleva magistritöö raames ei analüüsita, DAS-i kasutati kunstiteraapilise ülesandena enesekohase vestluse käivitamiseks grupitöö üldisest teemast lähtuvalt. Kunstiteraapia ootuste ja tulemuste küsimustele (KTO ja KTT) vastas iga klient kirjalikult, seejärel jagati oma mõtteid rühmaga. Viimasel kohtumiskorral vastasid osalejad kirjalikult avatud küsimustega kokkuvõtvale küsimustikule ning pärast vastamist jagasid

oma mõtteid grupiga. Kontrollgrupiga viidi läbi küsitlused (WHO-5, EEK-2) kümnenädalase vahega.

2.2.4. Andmetöötlusmeetodid

Laherand (2008) ütleb, et kvalitatiivse sisuanalüüsi põhimõtteid kasutades võetakse tekst kokku ning jaotatakse vastava sisu järgi koodideks. Koodidest arendatakse välja sarnasuste põhjal üldisemad kategooriad, mis väljendavad tekstis peituvat olulist infot ja võimaldavad järeldusi teha. Avatud küsimustega küsimustike vastused analüüsiti teemapõhiselt, lähtudes uurimisküsimustest ja kvalitatiivsetest sisuanalüüsi põhimõtetest. Vastustest esile tulnud teemadest moodustati kategooriate süsteem. Pärast kategooriate moodustamist teostati summeeriv sisuanalüüs, mis võimaldas kategooriate esinemist kirjeldada arvuliselt. Analüüsi ilmestamiseks on tulemuste esitamisel kasutatud klientide tsitaate. Anonüümsuse tagamiseks on küsimustikele vastanud töötajale ning klientidele antud nende nimede asemel tähis ja number.

Kvantitatiivsete mõõdikutega kogutud andmeid analüüsiti kirjeldavate statistikute ja kahe-tee dispersioonanalüüsiga ANOVA.

2.2.5. Uurimise eetiline külg

Uurimuse alguses selgitati uurimuses osalenud töötajatele ja klientidele uurimuse eesmärki, vabatahtlikkuse põhimõtet, loobumise õigust ning kuidas kasutatakse andmeid magistritöös. Sekkumisgrupi osalejatega sõlmiti kirjalik uuringus osalemise nõusolekuleping. Töötajatele selgitati ja tutvustati nii magistritöö kui ka küsitluse eesmärki kirjalikult meili teel. Sekkumisuuringus osalejaid (depressiooni tugigrupp) informeeriti uuringust nii suuliselt kui kirjalikult, selgitati õigust uuringus osalemisest loobumisest. Kontrollgrupi kliente informeeriti uuringust ning küsiti luba testide andmete kasutamiseks (WHO-5, EEK-2). Kõik antud uurimuses osalejad osalesid vabatahtlikult kogutud andmete esitamisel tagatakse konfidentsiaalsus, küsitluste ja intervjuude andmed ei ole kolmandatele isikutele kättesaadavad, mõõtmiste tulemusi esitatakse üldistatud kujul. TVTK töötajana lähtusin

Sotsiaalalaltöötaja eetikakoodeksist (2005) ja isikuandmete kaitse seadusest (Riigi Teataja, 2017). Uurimuse eetilise tagamiseks lähtuti lisaks Eesti Loovteraapiate Ühingu eetikakoodeksist (ELTÜ, 2013) ja Kapitani (2010) poolt välja toodud eetilistest põhimõtetest uurimistöös. Kunstitööde käsitlemise eetikat reguleerib eetikaveeb (2017) ja ELTÜ (2017). Eetikaveeb (*ibid*) ja Moon (2006) rõhutab, et kunstiteraapia uurijad on kohustatud seisma kõikide uurimustöös osalejate heaolu eest. Terapeudid peavad aktsepteerima ja rakendama praktikas privaatsusega seonduvaid protseduure, vastutama nende rakendamise eest. Igal inimesel on konstitutsiooniline õigus oma privaatsust kontrollida ning valida kas, millal ja kuidas ta enda või teiste kohta infot jagab. Käesoleva magistritöö autoril on olemas nii asutuse kui ka klientide nõusolekud.

2.3. Tulemused

2.3.1. Töötajate küsitluse tulemused

Töötajate küsimustikus oli kokku neli loodava grupiga seonduvat küsimust.

1. Kas ja miks on TVTK-s vaja käivitada depressiooni tugigrupp? Kõik kakskümmend vastajat olid veendumusel, et sellist gruppi on vaja. Toodi välja teenuse laiendamise vajadus. Kuus vastajat pidas silmas eelkõige uuele sihtrühmale teenuse pakkumist (ilma psühhosita depressiooniga kliendid). Samas arvati, et ka psühhootilised depressiooniga kliendid vajavad depressiooni tugigruppi (4 vastajat). Tähtsaks peeti kogemuste vahetamist ja suhtlemist sama diagnoosiga inimestega, grupi- ja kuuluvustunnet (6 vastajat). Märjiti ära, et kliendid saaksid haiguse kohta infot ja et grupijuht oleks professionaalne (5 vastajat). Vähem toodi välja järgmiseid vastuseid nagu: kodust välja tulemist ja murede välja rääkimist; TVTK võimalikku koostööd teiste meditsiinasutustega, et soovitada potentsiaalsetele klientidele taastumisvõimalusi TVTK-s; üksinduse leevendamist ning stigmast ja valehäbit ülesaamist.

T1 „*Võiksime laiendada oma sihtgruppi, et mitte keskenduda ainult psühhootilistele häiretele. Vajadus klientide näol on juba praegu olemas. Vajadus tuleneb ka sellest, et asutuse kuvand on järjest enam muutumas - oleme laiemalt tuntud kui vaimse tervise probleemidega tegelev asutus ning depressiooni kui kõige levinumat psüühikahäiret ei oleks mõistlik meie n-ö teenustepaketist välja jätta.*“ T12 „*Avituse tagasiside näitas, et nõudlus*

sellise tugigrupi järgi on suur.“ T20 „Seoses 2017.a. käivituva töövõimereformiga on prognoositav ka depressiooni diagnoosiga inimeste arvu suurenemine.“ T5 „Tundub hea mõte, et seda käivitada. Diagnoosipõhiseid gruppe meil veel palju pole, seega võiks selline asi juba põhimõtteliselt juures olla. Diagnoosi või häirepõhisel grupil on omad plussid (kiirem teineteisemõistmine, sarnase toetus), aga võibolla ka miinused (vaatenurkade ühekülgsus/samasus, mis pikapeale ei pruugi olla edasiviiv), kuid igal juhul tasub seda proovida.“ T16 „Kindlasti on vaja. Inimesed vajavad depressioonist taastumiseks tuge, professionaalseid nõuandeid. Teiste klientide kogemuste ja nõuannete kuulamine on samuti kasuks ning enese avamine ja oma murede välja rääkimine. Teadmine, et sa pole üks. Inimestel on võimalus tulla gruppi, saada kodust välja, kogeda midagi uut, raputada end rutiinist lahti. Samuti võime asutusena süvendada koostööd psühhiaatriaiaigla ja polikliinikutega, et pakkuda inimestele taastumisteed TVTK-s.“

2. Kas ja miks on vaja käivitada kunstiteraapia gruppe?

Vastused grupeeriti ja on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Kunstiteraapia gruppide käivitamise kasutegur töötajate arvates

Kategooria	Vastajate arv (n=20)
Teistmoodi grupidöö ja eneseväljendus	6
Kuuluvus- ja turvatunne grupi kaudu	6
Eneseareng sh mõtlemine, keskendumine	6
Teenuste arendamine ja laiendamine	5
Positiivsete emotsioonide kogemine	4
Terapeut saab kunstidöö kaudu lisainfot	3
Probleemide läbitöötamine kunsti kaudu	3
Kunstinäitusel osalemine	2
Töö minapildiga	2
Mõnele kliendile see meetod ei sobi	2

Tsitaadid vastustest:

T9 „See laiendaks asutuses pakutavaid teenuseid, sobiks ilmselt hästi päris paljudele klientidele. Suurepärane võimalus alustada, arendada ja lihvida oma eneseväljenduse oskusi. Suur valik eneseväljenduse võimalusi: erinevad kunstitehnikad, loovus, verbaalne eneseväljendus jne.“ T5 „Loovteraapiad annavad võimaluse inimese probleemide laiapõhjalisemaks, võibolla isegi filosoofilisemaks uurimiseks. Ma arvan, et loovteraapia

võimaldab avalduda teadvustamata materjalil, mida ehk mõni ratsionaalsem ja kognitiivsem meetod ei suuda, ja on inimesi, kes ratsionaaltasandil polegi võimelised oma küsimusi sõnastama.“; T4 „Kunstiteraapia aitab inimesel tekitada positiivseid emotsioone ja läbi selle ennast paremini tundma õppida. Inimene saab oma emotsioonid paberil vm välja elada, eriti hea nendele, kellele ei meeldi eriti inimestega suhelda ja oma probleemidest rääkida.“ T11 „See on nn teistmoodi grupitöö võimalus, kus on tähtis koht loomingulisel protsessil ja eneseväljendusel. Inimesed saavad end arendada, ennast paremini tundma õppida. Sobib inimesele, kes ei soovi end verbaalselt paljusõnaliselt väljendada. Grupp annab omakorda turvatunde ja kuuluvustunde.“ T17 „Loominguline tegevus viib mõtted mujale.“

3. Millised on ootused kunstiteraapilisele rühmatööle?

Vastused grupeeriti (tabel 3). Esile tuli ootus positiivse grupikogemuse osas.

Tabel 3. Töötajate ootused kunstiteraapilisele rühmatööle

Kategooria	Vastajate arv (n=20)
Positiivne grupikogemus/prof.kunstiterapeut	10
Usaldus ja turvalisus	8
Sotsialiseerumine	8
Eneseväljendusoskuse paranemine	5
Julgus, uue katsetamine, uued ideed	4
Aktiivsus, loovus	5
Õigeaegne ja täpne info grupi kohta	3
Emotsionaalne heaolu	3
Enesehinnang ja minapilt	3
Taastumise toetamine	3

4. Millised on spetsiifilised ootused kunstiteraapiale?

Kõige enam oli ootusi positiivse toime ja võimalus osas eneseväljendamiseks (tabel 4).

Tabel 4. Töötajate spetsiifilised ootused kunstiteraapiale

Kategooria	Vastajate arv (n=20)
Positiivne toime kliendile	12
Eneseväljendus kunsti kaudu	10
Toetamine ja jõustamine	6

Lõõgastus	6
Uued toimetulekustrateegiad	3
Uue teenuse pakkumine TVTK-s	4
Professionaalne kunstiterapeut	4
Töötajad ise teadlikumaks kunstiteraapiast	3
Enesetunde paranemine	2
Kliendikesksus	3

2.3.2. Sekkumisgrupi KTO ja KKT küsitluse tulemused

Järgnevalt on toodud kunstiteraapiat integreerivas depressiooni tugigrupis osalejate ootused grupitööle enne sekkumise algust ja arvamused grupitöö tulemustest pärast sekkumise lõppu.

1. Kuidas on depressioon mõjutanud sinu tervist ja igapäevaelu? Vastused on toodud tabelis 5.

Tabel 5. Depressiooni mõju igapäevaelule ja tervisele

Küsitluse vastused enne sekkumist (KTO)	Küsitluse vastused pärast sekkumist (KKT)
V1 Ei taha inimestega suhtlemist, ülitundlik, väsimus, unehäired, südamekloppimine, ülemõtlemine ja muretsemine, kõrge vererõhk. Nii vaimne kui füüsiline väsimus. Kurnatus ja väsimus. Mitte midagi teha tahtmine, tahaks ainult puhata, rahu ja vaikust. Nutuhood, endast kahju, süütunne ja söömishäired.	V1 Olen muutunud rahulikumaks. Parem on oskus toime tulla iseenda mõtetega ja seoses sellega ka teha valikuid tegutsemistega. Mõningane oskus mitte paanitseda ja ärevust ära hoida.
V2 Teeb aina haigemaks psühhosomaatilisel. Kõik on lootusetu, iga päev on sama mõttetu. Mitte midagi ei taha teha. Apaatne, negatiivne, pessimist – tahaks lüüa käega kõigele.	V2 Depressioon teeb elutuks, ei taha midagi teada ega kuulda, tervis on halb. Kõik mõtted on koondunud tervisele ja selle puudumisele.
V3 Väsimus, energia vähesus. Vahest ei saa hommikuti üles. Rohud... Söögiisu probleemid. Ärevus.	V3 See on õudne!
V4 Takistavalt ja konflikte tekitavalt.	V4 Rusuvalt.
V5 Ei julge tihti õue minna. Ei taha sõbrannadega suhelda, ei võta nende kõnesid vastu. Mõtlen surmast, olen alati surma kartnud. Tahtejõu puudus. Vihkan	V5 Kurb on, kardan tihti ära surra. Vihkan ennast, puudub tulevik, löigun enda käsi. Olen kogu aeg väsinud ja ei jõua kodu

ennast, tunnen, et teised vihkavad mind. Ma olen end ära lõikunud. Ei taha tööl käia. Väsimus, jään voodisse.	koristada. Ei jõua tööl käia, hirm on õue minna, rindkeres on valud.
V6 Ei ole tuju. Ei taha midagi teha. Ei taha suhelda lähedastega, on raske. Ei taha elada, lootusetu tunne. Ei taha enda eest hoolitseda, on ükskõik, kuidas ma välja näen. Ei ole jõudu, varajane ärkamine. Ei ole töövõimeline, raske on keskenduda. Ärevus ja viha.	V6 Depressiooniga tunnen lootusetust, tuju pole, midagi ei rõõmusta ega paku huvi, on ükskõik, kuidas ma välja näen. Sunnin ennast kogu aeg, ka pesema. Ei taha midagi teha, ei märka positiivset, pisarad tulevad, ärevus paneb südame kloppima, ei leia endale kohta. Jalad on nõrgad, kõik sees väriseb. Ärkan vara. Kõige paremini tunnen end pimeduses.
V7 Depressioon on vähendanud töövõimet. Puudub tahe teha tööd.	V7 Vähenenud on töövõime ja mõtlemine.
V8 Depressiooniga on raske üles tõusta. Tahtmine on jääda voodisse ja mitte iialgi tõusta – see on puhas enesetapp. Depressioon raskendab inimsuhteid, ei pea kinni ajakavast ja kokkulepitud aegadest.	V8 Depressioon raskendab suhete hoidmist sõprade ja sugulastega, lisaks suhtlemisraskustele on ka aktiivsus, elurõõm ja tegutsemistahe kadunud või madalal tasemel.
V9 Energiat on vähem, tabletid hoiavad tasakaalu.	V9 Energiat on vähem, kõike on siis raskem teha.

2. Kuidas oled siiani depressiooniga hakkama saanud? Vastused on toodud tabelis 6.

Tabel 6. Hakkamasaamine depressiooniga

Küsitluse vastused enne sekkumist (KTO)	Küsitluse vastused pärast sekkumist (KTT)
V1 Pöördumine psühhiaatri poole teistkordselt, antidepressandid. Pärnu Psühhiaatriaigla depressiooni ja ärevushäirete osakond 1 kuu. Haiguslehel olemine.	V1 Mind aitab psühhiaater, psühholoog, psühhoteraapeut. Abi ja nõu töötukassast. Depressiooni tugigrupis käimine. Pikk haiguslehel viibimine ja medikamendid. Võimalus puhata ja mõtteid korrastada, teha järeldusi, eneseanalüüs. Enda seest vastuste leidmine, samas on ka mingi hirm seoses töö leidmisega.
V2 Ei saagi hakkama, tema juhib mu elu. Sunnin end tegutsema. Teraapiatest kasu pole, tunnen end hästi teraapia ajal, pärast on jälle kõik sama. Rõõmu tunnen tegemise ja tegutsemise ajal.	V2 Ega depressiooniga polegi elu, tõllerdad maamuna peal ringi ja ootad surma. Mere ääres jalutamine aitab. Mul on väga head suhted oma vanematega. Ema on nagu sõbranna.
V3 Ega sellest ilma ravimiteta üle ei saa. Ega eriti paremini ei saagi. Olen võtnud üle jõu käivaid kohustusi, mida pole täitnud – olen proovinud rohkem kui suutnud.	V3 Oeh, kuidagimoodi saan ikka hakkama, tuleb saada.
V4 Kuidagi üle elades ja lähedase inimese toel.	V4 Rusuvalt, käin koeraga jalutamas.
V5 Rohud. Magamine aitab, lõikumine annab tunde, et olen elus. Pean rohkem	V5 Lõigun ennast, siis tunnen, et olen elus ja mul on parem. Magan koos kassiga.

magama, mida rohkem magan seda parem vaimne tervis. See, et lapsel hästi läheb ja mees meid hoiab.	Suhtlen surnud vanaemaga, vanaema oli kõige lähedasem inimene.. See, et mul laps on olemas. Ootan, et saan vanaemaks. Võtsin varjupaigast endale vana kassi, kassid rahustavad ja mõte, et kõik möödub.
V6 Arsti ja psühholoogi abiga ja regulaarsed ravimid. TVTK teenused, haiglaravi, impulssravi.	V6 Ravimid, psühholoog, psühhiaater. Kui seisund väga halvaks läheb, siis tuleb haiglasse minna. Kõik TVTK teenused.
V7 Psühhiaater ja ravimid on aidanud depressiooniga hakkama saada ja sotsiaaltöötaja.	V7 Ravimite mõjul olen hakkama saanud
V8 Hoidun enesetapumõtetest. Aktiivne tegevus aitab - sport, liikumine, töö jm. Lõõgastavad tegevused aitavad - muusika, lugemine jm.	V8 Võtan ravimeid, sunnin end liikuma ja mõõdukalt spordiga tegelema, kuulan muusikat meeleolu parandamiseks.
V9 Elan raskused üle, tuleb toime tulla. Käin arsti juures. Sõpradest on abi.	V9 Olen elus, see on hästi, alati võib olla hullemini, aga ka paremini. Lähedased ja sõbrad aitavad. Käin siin.

3. Kirjelda grupikunstiteraapia ootusi ja tulemust (lähtudes depressiooni kogemusest ja depressiooniga toimetulekust). Vastused on toodud tabelis 7.

Tabel 7. Grupikunstiteraapia ootused ja tulemused

Küsitlus enne sekkumist: ootused (KTO)	Küsitlus pärast sekkumist: tulemused (KTT)
V1 Ootan, et oleks rahustav tegevus, loomingulisus. Viib mõtted mujale.	V1 Depressiooni grupikunstiteraapia on mõjunud hästi. Iganädalane kodust välja saamine ja enese sättimine. Viibimine väga rahulikus ja mõnuses keskkonnas – iga kolmapäev kaks tundi. Sai häid teadmisi ja materjale depressiooni kohta. Kunstiga tegelemine mõjus rahustavalt ja loovalt. Sain häid ideid edaspidiseks seoses käeliste tegevustega.
V2 Ootus, et depressioon väheneks, aga ei usu.	V2 Kunstiteraapia omab head, aga lühikest mõju. Sellel ajal, kui sa seda teed, siis on hea. Hiljem on kõik täpselt sama tagasi, lootusetus tuleviku suhtes.
V3 Et huvitav oleks. Ma ei tea, kas ma enda jaoks midagi uut avastan. Või siiski?	V3 Raske öelda. Ma hakkasin vahepeal käima kaitstud tööl – ja muidugi tervis halvenes seetõttu järsult. Välised mõjutegurid mõjuvad traumeerivalt. Kunstiteraapia meeldis, kõik oli OK. Vahest ei olnud lihtsalt tahtejõudu

	joonistada, näiteks täna. Siis, kui olukord on väga halb, aitab ainult rohi.
V4 Et mõtted läheksid teistele radadele (positiivsetele).	V4 See rikastas mu maailmapilti. Viis mu mõtted kohati positiivsele lainele.
V5 Joonistamine kui alateadvuse väljendamine. Et väljendada end.	V5 Kunstiteraapias on tore käia. Tore terapeut ja toredad kaaslased. Mulle meeldis, olen väga rahul. Mu minapilt läks palju paremaks.
V6 Ma ei tea. Et väljendada oma tundeid.	V6 Grupiteraapias oli meeldiv keskkond. Eva oli väga hea õpetaja. Elasin oma tundeid kunstiteraapia abil välja.
V7 Erilisi ootusi pole.	V7 Paranenud on suhtlemisoskus, mõtlemine tugevdab tegevustahet.
V8 Ootan huvitavat aja sisustamist.	V8 Grupikunstiteraapia aitab mul vältida depressiooni. Lisaks meeldivale tegevusele on oluline ka suhtlemine grupiga. Sain positiivseid emotsioone nii kunstitegevusest kui ka vestlustest ja kohtumistest grupiga.
V9 Võib-olla millegi meisterdamine. Savist näiteks.	V9 Kunstiteraapia on hästi mõjunud, alati peale kunstiteraapiat olen ennast paremini tundnud.

2.3.3. Kvantitatiivsete mõõtmiste tulemused

WHO-5 heaolu indeksi andmete töötlemisel kasutati löikepunkti: skoor väiksem kui 13 on madal emotsionaalse heaolu näitaja; 13-17 hea; 18-21 väga hea; 22-25 suurepärase. Tulemused on toodud tabelites 8 ja 9. Gruppide vaheline võrdlus kasutades korratud mõõtmiste kahe-tee ANOVA analüüsi statistiliselt olulisi erinevusi enne-pärast mõõtmiste osas esile ei toonud.

Tabel 8. WHO-5 sekkumisgrupi tulemused

Vastaja	Enne	Pärast	Vahe
V4	2	4	+2
V6	2	2	0
V2	3	6	+3

V5	3	3	0
V8	6	8	+2
V1	10	15*	+5
V3	12	9	-3
V7	14*	19*	+5
V9	16*	14*	-2
Keskmine	7,6/5,5	8,9/5,9	+1,3

* ≥ 13

Enamiku sekkumisgrupis osalejate heaolu oli enne ja pärast sekkumist alla lõikepunkti. Tabelist 8 võib näha tendentsi heaolu suurenemisele. Viiel osalejal heaolu suurenes, kahel jäi samaks ja kahel alaneks.

Tabel 9. WHO-5 kontrollgrupi tulemused

Vastaja	Enne	Pärast	Vahe
K1	6	3	-3
K2	10	11	+1
K3	7	8	+1
K4	2	1	-1
K5	10	15*	+5
K6	10	9	-1
K7	8	12	+4
K8	5	7	+2
Keskmine	7,3/2,9	8,3/4,6	+2,25

* ≥ 13

Enamiku kontrollgrupis osalejate heaolu oli enne ja pärast sekkumist alla lõikepunkti. Tabelist 9 võib näha tendentsi heaolu suurenemisele. Neljal osalejal heaolu suurenes, kolmel alaneks.

Tabelis 10 ja 11 on toodud EEK-2 tulemused alaskaalade lõikes.

Tabel 10. EEK-2 tulemused sekkumisgrupis (lõikepunkt on märgitud iga skaala puhul)

Vastaja	Enne/ Pärast	Depressioon või muu meeleolu- häire > 11	Ärevus- häire > 11	Paanika/ agora- foobia > 6	Sots. foobia > 3	Asteenias > 6	Une- häired > 5
V1	E	18	14	13	5	12	5*
	P	10*	15	8	4	11	7
V2	E	29	17	12	6	10	11
	P	27	17	9	6	10	9
V3	E	18	16	10	4	10	5*
	P	22	17	14	5	9	8
V4	E	27	20	14	7	11	9
	P	27	19	16	8	10	5*
V5	E	30	16	15	4	16	6
	P	30	17	15	4	15	6
V6	E	27	21	7	4	15	9
	P	20	21	7	6	15	9
V7	E	10*	2*	2*	3*	9	0*
	P	3*	3*	0*	4	5*	1*
V8	E	22	11*	2*	6	11	5*
	P	20	9*	1*	4	8	6
V9	E	10*	8*	2*	3*	6*	2*
	P	12	8*	3*	2*	9	3*
Keskmine/ st. hälve	E	21,2/7,7	13,9/6,0	8,6/5,4	4,7/1,4	11,1/3,0	5,8/3,5
	P	19,0/9,0	14,0/6,0	8,1/6,0	4,8/1,7	10,2/3,2	6,0/2,7

*Alla lõikepunkti

Klientide lõikes oli kõige rohkem näitaja vähenemisi depressiooni ja astenia skaalal.

Tabel 11. EEK-2 tulemused kontrollgrupis (lõikepunkt on märgitud iga skaala puhul)

Vastaja	Enne/ Pärast	Depressioon või muu meeleolu- häire > 11	Ärevus- häire > 11	Paanika/ agora- foobia > 6	Sots. foobia > 3	Asteenias > 6	Une- häired > 5
K1	E	18	20	0*	2*	16	12
	P	20	20	1*	5	20	9
K2	E	17	11*	4*	2*	9	8
	P	15	11*	3*	2*	10	7
K3	E	12	21	10	8	9	2*
	P	12	20	11	8	7	3*
K4	E	27	16	2*	7	15	8
	P	29	20	2*	5	16	11
K5	E	15	7*	2*	2*	8	1*
	P	10*	5*	0*	0*	5*	1*
K6	E	20	8*	4*	2*	9	3*
	P	17	9*	5*	4	8	5*
K7	E	15	17	8	8	15	8
	P	8*	18	12	8	12	9
K8	E	22	13	0*	3*	14	7
	P	20	11*	0*	3*	11	8
Keskmine/ st. hälve	E	18,3/4,7	14,1/5,2	3,8/3,6	4,3/2,9	11,9/3,4	6,1/3,8
	P	16,3/6,7	14,3/5,9	4,3/4,8	4,4/2,8	11,1/4,9	6,5/3,4

*Alla lõikepunkti

Klientide lõikes oli kõige rohkem näitaja vähenemisi depressiooni ja astenia alamskaalal.

Rühmade vaheliste erinevuste ja enne-pärast mõõtmiste erinevuste väljaselgitamiseks teostati kahe-tee ANOVA analüüs. Paanika/agorafoobia alamskaalal oli sekkumise ja kontrollgrupi näitajate vahel statistiliselt oluline gruppidevaheline erinevus $F(1, 30) = 6,15$; $p < 0,05$. Muid rühmade ega enne-pärast mõõtmiste vahelisi statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud.

2.3.4. Kokkuvõtva kliendiküsimustiku tulemused

1. Kuidas Sulle mõjus osalemine depressiooni tugigrupis? Kuidas Sa end grupiliikmena tundsid?

Vastustest selgus, et kõik osalejad olid grupikogemusega rahul. Grupiliikmena tunti end teiste seas hästi, võrdse ja täisväärtuslikuna (tabel 13).

Tabel 13. Grupiliikmete üldine grupikogemus

Kategooria	(n=9)
Positiivne grupikogemus	9
Ühtne ja toetav grupp/grupiliikmed	9

Näiteid vastustest:

V1 Mulle mõjus osalemine hästi. Grupiliikmena tundsin end hästi, rahulik õhkkond oli ja arutlevad vestlused. V5 Tead, hästi mõjus. Sellise täisväärtusliku grupiliikmena tundsin. Ma olen väga rahul. V6 Osalemine mõjus hästi, hakkan siin edasi käima, ma annan teada, kui ma ei saa mõnikord tulla. Ma tundsin ennast täisväärtuslikuna.

2. Kas ja millist toetust said grupilt? Vastused on toodud tabelis 14.

Tabel 14. Grupipoolne tugi

Kategooria	(n=9)
Kogemuste vahetamine/jagamine	7
Toetavad ja heatahtlikud grupikaaslased	8
Positiivne tagasiside	6

Näiteid vastusest:

V1 Sain kuulda teiste inimeste läbielatud kogemusi ja tundeid, et ma pole üksi oma mõtete ja tunnetega. Sain ideid ja mõtteid, kuidas aidata end, kui ollakse depressioonis.

V4 Inimeseks olemise tunne tuli. Mind mõisteti. V5 Sain positiivset tagasisidet enda isiklikule minapildile. Psüühikahäirega inimese minapilt on ebaselge, psühhiaater rääkis. Mulle tuleb kogu aeg kõrvalt rääkida, milline ma olen, ma niikuinii varsti

unustan selle ära ja mõtlen endast halvasti. Minapilt läks paremaks mul. V8 Grupp, eriti mõned grupiliikmed, andsid positiivset energiat ja olid tublid sõnaliselt toetama.

3. Mida uut said enda jaoks teada grupijuhilt depressiooni kohta? Mis meenub?
Vastused on toodud tabelis 15.

Tabel 15. Grupijuhi-poolne panus

Kategooria	(n=9)
Informatsioon ja õppematerjalid	8
Toetus	6
Midagi uut iseenda kohta	4

Näiteid vastustest:

V1 Huvitavaid materjale sain, infot depressiooni kohta, eneseanalüüsi testid olid, küsimustikud, mis aitasid end hinnata – eriti positiivses võtmes hinnata. Grupijuht selline lihtne, tore ja mõistev. Meeldis, et ta täitis ise ka koos meiega küsimustikke, tegi koos meiega mõnikord kaasa kunstilist poolt ja rääkis alati ka enda läbielatust. Hea, et sain abiks olla tema magistritöö tegemisel. V7 Ma sain teada, et ma polegi nii jäik ja külm inimene kui mulle endale tundub. V8 Sain aru, et kunstiteraapia tõesti aitab. Kunst aitab ka siis, kui teen kunsti üksi.

4. Kuidas mõjus Sulle kunstiline eneseväljendamine grupis? Kas see andis tugigrupi tööle midagi juurde? Kui andis, siis mida? Vastused on toodud tabelis 16.

Tabel 16. Kunstiline eneseväljendus grupitöö osana

Kategooria	(n=9)
Meeldis nii kunstiline kui verbaalne eneseväljendamine	6
Eelistan rohkem verbaalset eneseväljendamist	3
Eelistan rohkem eneseväljendamist kunsti kaudu	2
Kunstiline eneseväljendamine andis depressiooni tugigrupi tööle juurde uue kvaliteedi	9

Näiteid vastustest:

V2 See ju oligi kõige tähtsam osa grupi tegevuse juures!!! Kui sõnaliselt ei oska end väljendada, siis on lihtsam kunstiliselt. See tegi mind vabaks. V3 Mulle meeldis küll, aga tahtejõudu on vähe. V4 Sai huvitavaid asju teha, saviga töö meeldis, meeldib tegutseda, rääkida mitte nii väga. V5 Mulle endast rääkimine mõjub paremini, ma pean saama endast välja rääkida. Rääkimine mõjub mulle väga hästi, muidu pole lihtsalt kellegagi rääkida. Ma võin muidu joonistada küll ja kassipildid/-fotod meeldivad mulle väga, panevad heldima. V8 Vahetevahel minu mõte liikus kiiremini ja täpsemalt, kui oskasin paberile joonistada. Ma arvan, et minu kunstitööd ei andnud ülejäänud grupile küll midagi juurde. Mulle endale meeldis. V9 See kunstivärk tegi olemise kuidagi lähedamaks ja vabamaks.

5. Millised kunstiteraapia meetodid ja tehnikad olid sobivaimad? Vastused on toodud tabelis 17.

Vastustest selgus, et sobisid voolimine savist, töö fotodega, joonistamine, teiste grupiliikmetega koos tööde vaatamine ja muljete jagamine, maalimine, stiimulpiltidega test, kollaaž, lugude kirjutamine, plakati tegemine.

Tabel 17. Sobivaimad kunstiteraapia meetodid ja tehnikad

Kategooria	(n=9)
Teistega koos valmis kunstitööde ühine vaatlemine ja muljete jagamine	6
Voolimine savist	4
Joonistamine	4
Kollaaž	4
R. Silveri stiimulpiltidega test	3
Lugude kirjutamine pildi juurde	3
Töö fotodega	3
Plakati tegemine	3
Kõik sobis ja meeldis	1

6. Kuidas Sa oled end viimase kahe nädala jooksul üldiselt tundnud? Mis on selle enesetunde põhjustanud? Vastused on toodud tabelis 18.

Tabel 18. Enesetunne viimase kahe nädala jooksul

Kategooria	(n=9)
Tunnen end samamoodi nagu alati, aga tugigrupp pakub vaheldust argipäeva.	6
Tunnen end paremini või päris hästi.	2
Tunnen end halvasti	1
Tunnen end väga hästi	1

Tsitaadid vastustest kirjeldavad nii sisemisi kui väliseid enesetunde mõjutajaid:

V1 Palju paremini kui jaanuaris, kui grupp alustas. Esimesel korral olin pinges ja oli mittetahtmine tulla. Kõik järgmised kohtumiskorrad olid turvalised, loomingulised – hea enda tundmaõppimise võimalus. On tekkinud tänu grupitööle ja kohtumistele tegutsemistahe. V2 Minuga on ikka kõik sama, olen pidevas masenduses, uusi põhjusi pole, ikka on kõik sama. Ah, see ongi selle minu häire omapära. Kui olen teraapias, siis lülitan end korraks välja. Minu puhul kahjuks depressiooniravimid ei aita. Tahaks minna tööle. V3 Seoses minu suurte elumuutustega väga halvasti. Mõtlen, et kas see on kaitstud töö pärast või kõige kokkusattumus, see poja pärast mure ka veel, et asjad ei läinud hästi. V4 Kuidagi raskelt olen tundnud. Põhjused on hirmud, sageli ka suur ärevus ja väsimus. Siia tulles saan vähemalt kodust välja. Mulle meeldib grupis rahulikult nokitseda. V5 Mul on täna nii paha olla, sest unustasin rahusti koju - linnud laulavad liiga kõvasti. Hea, et sain eile kaubale, et ma ei pea enam nii vara kaitstud tööle minema. See oli nii väsitav, ma olengi väsinud kogu aeg. V6 Mõnikord on parem, mõnikord halvem. Minu põhjused on erinevad. Vahest polegi põhjust, aga olen ärev. Minu enesetunne on erinev, see muutub ajas. Ma pole sattunud enam haiglasse. V7 Väga hästi tunnen. Lapsed võtsid mu kaasa välisreisile, see oli tõeline elamus. V8 Pole viga, ma jalutan palju, käin ujumas, mind kutsuti proovipäevale tööle, loodan saada hea töö suve alguseks. Tore grupp oli. V9 Olen tundnud ennast üldiselt hästi, arvutis on palju huvitavat, kuid minu elust on puudu sport – see täiendaks minu elukvaliteeti.

3. ARUTELU

Käesolev magistritöö uurib kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toimet psüühilise erivajadusega klientide taastumisprotsessile. Lähtuvalt eesmärgist esitati kaks uurimisküsimust: 1. Millised on TVTK töötajate ootused depressiooni tugigrupile ja kunstiteraapiale? 2. Milline on kunstiteraapia harjutusi integreeriva depressiooni tugigrupi programmi toime klientide emotsionaalsele enesetunde, heaolule ning depressiooniga toimetulekule? Püstitati hüpotees: kümnenädalase sekkumise järel on WHO-5 heaolu indeksi ja EEK-2 emotsionaalse enesetunde näitajad sekkumisgrupil paranenud võrreldes algnäitajatega.

Kvalitatiivse meetodiga sai käesolevas uurimuses välja selgitatud töötajate ootused kunstiteraapiale ja depressiooni tugigrupile. Poolstruktureeritud küsimustik võimaldas uurida küsitletavate isikupäraseid mõtteid, arvamusi, tundeid ning detailne info oli abiks kategooriate välja selgitamisel. Tugigrupi käivitamise osas peeti tähtsaks kogemuste vahetamist ja suhtlemist sama diagnoosiga inimestega, grupi- ja kuuluvustunnet, grupijuhi professionaalsust ning infot depressiooni kohta. Kunstiteraapiagruppide käivitamise põhjusena mainiti peamiselt grupitöö ja eneseväljenduse kogemist, kuuluvus- ja turvatunnet, enesearengut, positiivsete emotsioonide kogemist ning uue teenuse arendamist ja osutamist klientidele. Kunstiteraapilise grupitöö ootustena toodi peamiselt välja: usaldust ja turvalisust, sotsialiseerumist, julgust ja uusi ideid, aktiivsust ja loovust. Spetsiifiliste ootustena kunstiteraapiale toodi välja: positiivne toime kliendile, eneseväljendus kunsti kaudu, toetamine ja jõustamine, lõõgastus jm.

Esimesed ainult depressiooni diagnoosiga kliendid said osaleda juba seekordses sekkumis- ja kontrollgrupis (1/1). Nende tulemused olid võrreldes teiste osalejatega paremad ja ka varasemad uuringud näitasid, (Zubala, ... jt) et depressiooniga klientide depressiooni näitajad vähenevad kunstiteraapilise sekkumise toimet. Seega on põhjus järgmisel hooajal avada soovijate olemasolul depressiooni tugigrupp (või mitu) uuele sihtrühmale. Grupitöö käigus selgus, et muu psüühikahäirega kaasuva depressiooniga ja ainult depressiooniga kliendid sobivad üksteisega hästi koos osalema samas grupis. Tulevikus on grupi komplekteerimise osas mitmeid võimalusi ja vähemalt ühe uue depressiooni tugigrupi saab avada igal poolaastal.

Kunstiteraapia sekkumisgrupi puhul rakendati nii kvalitatiivseid kui kvantitatiivseid uurimismeetodeid, et saada võimalikult täpne, kvaliteetne, detailne ja kategoriseeritud info, mida analüüsida. Kvantitatiivse meetodina kasutati EEK2 emotsionaalse enesetunde skaalat ja WHO-5 heaolu indeksit. Sekkumisgrupiga viidi esimesel ja viimasel kohtumisel läbi ka kirjalik poolstruktureeritud küsitlus KTO ja KKT. Viimasel kohtumisel vastati lisaks kokkuvõtvale kirjalikule poolstruktureeritud küsimustikule, kohe pärast vastamist jagati oma mõtteid grupiga. Kontrollgrupi puhul kasutati vaid kvantitatiivseid uurimismeetodeid (EEK2 ja WHO-5). Püstitati hüpotees, et sekkumisgrupi kvantitatiivsed näitajad paranevad.

Teoreetilise materjali, mõõtmistulemuste ning küsitlustest välja selgitatu vahel tekkisid seosed – selgusid vastused uurimusküsimusele. Kvantitatiivsed mõõtmistulemused kinnitasid teoorias (Huet, 1997) kirjutatud, et kiireid tulemusi kunstiteraapias psüühilise erivajadusega klientidega ei tasu oodata. Hea tulemus on see, et skoorid enne-pärast näitasid üldkokkuvõttes stabiilset tulemust. Antud kontingendi puhul on kõige tähtsam, et nad üldse mingisegi gruppi kohale tuleksid ja seal regulaarselt osalema hakkaksid. Sekkumisgrupis kohalkäimise määr oli kõrge, seal osales alati 7-9 grupiliiget, mis ületas ootusi. Kokkuvõtvast kliendiküsitlusest selgus, et sellele aitas kaasa hea õhkkond, grupijuhipoolne toetus ning meeldiv ja toetav grupp. Grupijuhina kasutas käesoleva magistritöö autor CARE metoodikast (Wilken ja den Hollander, 2015) pärit põhimõtet, milleks on kohalolule, taastumisele ja tugevustele suunatud töö. Grupijuht oli klientide jaoks olemas, mõistev, avatud ja toetav, et kliendid tunneksid ennast turvaliselt. Kui iga grupis osalev klient tunneb end turvaliselt ning samaväärne suhe on saavutatud, sujub ka grupitöö latusalt. Kliendid julgesid end avada ning said omakorda grupilt peegeldavat ja toetavat tagasisidet, mis oligi tugigrupi ja ka grupikunstiteraapia eesmärk (Liebman, 2004). Antud töös tulid selgelt välja grupitöö positiivsed jooned ja mõju sekkumisgrupis osalenud klientidele.

Uurimistulemustest selgus, et WHO-5 heaolu indeksi puhul ilmnes nõrk tendents heaolu paranemisele nii kontroll- kui ka sekkumisgrupis, mis polnud aga statistiliselt oluline. EEK-2 emotsionaalse heaolu skaalal oli märgata nõrka tendentsi depressiooni ja astenia näitajate vähenemisele nii kontroll- kui ka sekkumisgrupis, kuid ka see tulemus polnud statistiliselt oluline. Klientide lõikes oli kõige rohkem näitajate vähenemisi depressiooni ja astenia alamskaalal. Rühmade vaheliste erinevuste ja enne-pärast mõõtmiste erinevuste väljaselgitamiseks teostatud kahe-tee ANOVA analüüs näitas, et paanika/agorafoobia alamskaalal oli sekkumise ja kontrollgrupi näitajate vahel statistiliselt oluline gruppide

vaheline erinevus $F(1, 30) = 6,15; p < 0,05$. Muid rühmade ega enne-pärast mõõtmiste vahelisi statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud. Seega saab järeldada, et klientide tervislik seisund jäi stabiilseks, mis on antud sihtrühma puhul oluline.

Kvantitatiivsete mõõtmiste tulemused andsid käesoleva magistritöö autorile hea ülevaate mõlema grupi klientide tervislikust seisundist ja selle muutumisest pärast kümnekorrast sekkumist. Kvalitatiivne uuring sekkumisgrupiga selgitas iga kliendi tervisliku seisundi võimalikke põhjuseid ja hetkeseisu. Kokkuvõtvast kliendiküsitlusest selgusid näiteks välised mõjutegurid, (järsk elumuutus, raviskeemi muutus, tabletravi sobimatus ja puudumine jm) mis mõjutasid WHO-5 ja EEK-2 testi tulemusi. Kvalitatiivne KTO ja KKT küsimustik andis ülevaate, kuidas kliendid tajuvad depressiooni mõju igapäevaelule ja tervisele ning kuidas nad on depressiooniga toime tulnud enne ja pärast sekkumist, vastustes suuri erinevusi ei ilmnunud. Selgus, et depressiooni mõju klientide igapäevaelule ja tervisele on olnud piirav, katsumusterohke ja pärssiv. Depressiooniga on aidanud toime tulla ravimid, arstiabi, TVTK erinevad teenused, puhkamine, liikumine, lähedased jm, tulemuste osas mainiti ära ka depressiooni tugigrupis osalemine.

KTO ja KKT küsimustik andis ülevaate klientide ootustest kunstiteraapilisele rühmatööle ja kirjeldas kunstiteraapilise rühmatöö tulemusi klientide silmade läbi. Kunstiteraapilise rühmatöö tulemused ületasid ootuseid. Kliendid jäid rahule toetava grupikogemusega, tegevuste ja grupijuhiga ning leidsid igaüks enda jaoks midagi positiivset. Näiteks toodi välja järgmist: kunst on teraapiline ja seda on võimalik ka iseseisvalt harrastada; mõtlemine läks paremaks; sai kodust välja ja viibida rahulikus ja mõnusas keskkonnas; sai häid materjale ja teadmisi depressiooni kohta; kunstiga tegelemine mõjus rahustavalt ja loovalt jm. Analüüsides tulemusi saab järeldada, et töötajate ootused on kunstiteraapiat integreeriv depressioon tugigrupp täitnud.

Toon välja mõned grupikunstiteraapia ootuste ja tulemuste vastused. V4: „Ootan, et mõtted läheksid teistele radadele (positiivsetele).“ V4: „See rikastas mu maailmapilti. Viis mu mõtted kohati positiivsele lainele.“ V7: „Erilisi ootusi pole.“ V7: „Paranenud on suhtlemisoskus, mõtlemine tugevdab tegevustahet.“ V8: „Ootan huvitavat aja sisustamist.“ V8: „Grupikunstiteraapia aitab mul vältida depressiooni. Lisaks meeldivale tegevusele on oluline ka suhtlemine grupiga. Sain positiivseid emotsioone nii kunstitegevusest kui ka vestlustest ja kohtumistest grupiga.“

Kokkuvõtvast sekkumisgrupi küsitlusest selgus, et kõik osalejad jäid grupikogemusega rahule ning tundsid grupi ja grupiliikmete toetust (kogemuste vahetamine/jagamine, toetavad ja heatahtlikud grupikaaslased, positiivne tagasiside). Grupijuhi-poolse panusena märgiti ära: informatsioon ja õppematerjalid, toetus ja uued teadmised iseenda kohta. Kõik vastajad tõid välja, et kunstiline eneseväljendamine andis depressiooni tugigrupi tööle juurde uue kvaliteedi. Enamusele grupiliikmetest meeldis nii kunstiline kui verbaalne eneseväljendamine, kolm vastajat märkisid, et eelistavad rohkem verbaalset eneseväljendamist ning kaks eelistavad pigem eneseväljendamist kunsti kaudu. Kunstiteraapia meetoditest ja tehnikatest sobis klientidele kõige enam teiste grupiliikmetega koos tööde vaatamine ja muljete jagamine, seejärel joonistamine, voolimine savist, töö fotodega, maalimine, stiimulpiltidega test, kollaaž, lugude kirjutamine, plakati tegemine. Enesetunne viimase kahe nädala jooksul oli klientidel erinev. Kaks osalejat vastas, et tunneb end paremini või päris hästi, üks tundis end halvasti, üks väga hästi, kuus tundis end samamoodi nagu alati, mainiti ära, et depressiooni tugigrupp pakub vaheldust argipäeva, samuti toodi välja välised mõjutegurid, mis enesetunnet halvendasid või parandasid.

Antud sihtrühma puhul on oluline näitaja, et kliendid tulid gruppi kohale ja jäid regulaarselt koos käima, osalesid grupitöös ja puudumisi oli vähe., kõik töötasid kaasa, tegid kunstiteraapia harjutusi ning osalesid jagamisringis. Pärast programmi lõppemist sooviti nn jätku depressiooni tugigruppi, kus osaleb tänaseks viis klienti. Kokkuvõtvast kliendiküsitlusest ja KKT küsitlusest selgus, et kliendid jäid kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi tööga rahule.

Käesoleva magistritöö piiranguks on väike valim, mille põhjal ei saa tulemusi üldistada. Antud magistritöö tugevuseks on selle rakendatavus TVTK teenuste laiendamise ja arendamise eesmärgil, kunstiteraapia pakkumine depressiooniga klientidele haigusega toimetuleku, taastumise ja tervenemise eesmärgil. Tugevusena saab välja tuua ka magistritöö autori professionaalset arengut kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi juhi ning tulevase loovterapeudina.

Järgmistes uurimustes saaks uurida kunstiteraapiat integreeriva depressiooni tugigrupi toimet depressiooni diagnoosiga klientide minapildile. Sekkumine võiks kesta pikemalt kui kümme nädalat ning mõõta tuleks ka heaolu ja emotsionaalset enesetunnet enne ja pärast sekkumist.

VIITED

- AATA (American Art Therapy Association). (2017). Defining art therapy. Alla laaditud 12.03.2017, veebilehel <http://www.arttherapy.org/aata-history-background.html>
- Chandraiah, S., Ainlay Anand S. & Avent, L.C. (2012). Efficacy of group art therapy on depressive symptoms in adult heterogeneous psychiatric outpatients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 29(2), p80-86.
- de Moraes, A. H., Dalecio, M. A. N., Weizmann, E. S., Bueno, V. L. R. D., Roecker, S., Salvagioni, D. A. J. & Eler, G. J. (2014). Effect on scores of depression and anxiety in psychiatric patients after clay work in a day hospital. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2), p205-p210.
- den Hollander, & D., Wilken, J.P. (2017). Kuidas klientidest saavad kodanikud. Tallinn. DUO kirjastus.
- den Hollander, D., & Wilken, J.P. (2015). Kuidas klientidest saavad kodanikud. Tallinn. DUO kirjastus.
- den Hollander, D., & Wilken, J.P. (2004). Psychosocial rehabilitation. A comprehensive Approach. Tallinn.
- Eesti Loovteraapiate Ühing. (2017). ELTÜ liikme eetikakoodeks. Kasutatud 26.03.2017, veebilehel <http://www.loovteraapiad.ee/eetikakoodeks.html>
- Gleitman, H., Gross, J., & Reisberg, D. (2014). Psühholoogia. Tartu: Hermes.
- Huet, V. (1997). Challenging professional confidence: Arts therapy and psychiatric rehabilitation. New York: Guilford Press.
- Isikuandmete kaitse seadus (2016). Riigi Teataja. Kasutatud 29.12.2016, veebilehel <https://www.riigiteataja.ee/akt/748829>
- Kapitan, L. (2010). *Introduction to art therapy research*. New York; Hove: Routledge.
- Karkou, V., & Sanderson, P. (2006.) *Arts therapies: A research-based map of the field*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Kivi, E. (2013). Tegevusuuring kunstiteraapia rakendamise loovusrühmas. Publitseerimata magistritöö, Tallinna Ülikool, Kunstide Instituut, Tallinn, Eesti.
- Korostiy, V., & Hmain, S. (2015). Art-therapy in complex treatment of major depressive disorder. *European Psychiatry*. 30(3), p1324-1324.
- Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J. & Kuptniratsaikul., V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(10) p1016-1023.
- Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn: OÜ Sulesepp.
- Liebmann, M. (2004). *Art therapy for groups: A handbook of themes and exercises*. Routledge, London & New York.
- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 14, 256–

- 272). Alla laaditud 02.04.2017, http://www.jhsph.edu/research/centers-andinstitutes/center-for-mental-healthinitatives/Events/2007_Symposium/Articles/Liberman_2002_Operational_Criteria_Factors_Related_to_Recovery_from_Schizophrenia.pdf
- Loovterapeut, tase 7. (2014). Kasutatud 29.03.2017, veebilehel <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10543799>
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partunen, T. (Eds.). (2007). *Psühhiaatria*. Tallinn: kirjastus Medicina.
- Malchiodi, C. (2011). *Handbook of art therapy*. NY: The Guilford Press.
- Moon, B. L. (2006). *Ethical issues in art therapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Pub Ltd.
- Orav, K., Kraiss, M., & Pilt, E. (2011). *Küsin ja tean. Psühhootilised häired*. Tallinn: Ecoprint AS.
- Pavlovic Stojkovic, J., Milosavljevic, M., Vukovic, M., Vidic, L. & Lecic Tosevski, D. (2016). The importance of art therapy in the integrative treatment of recurrent depressive disorder – case study. *European Psychiatry*, 33, pS517-S517.
- Preston, J. (2000). *Kuidas jagu saada depressioonist*. Puhja: Väike Vanker.
- ProMenPol (Mental Health Promotion). (2009). Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK) Alla laaditud 12. 03. 2017, veebilehel <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.et.toolkit.383>
- Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon, RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. 1995. Tartu Ülikool.
- Rahvatervise seadus (1995). Riigi Teataja. Alla laaditud 12. 03. 2017, veebilehel <https://www.riigiteataja.ee/akt/115032011017?leiaKehtiv>
- Ranken, M. (2014). Clients' positive and negative experiences of experiential art therapy group process. *The Arts in Psychotherapy*, 41 (2), p193-p204.
- Riley, S. (2011). *Using art therapy to address adolescent with depression*. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy* (pp. 220-227). NY: The Guilford Press.
- Rubin, J. A. (2001). *Approaches to art therapy*. East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Rüütel, E. (Toim.), Elenurm, T., Pehk, A., Tomberg, M., Visnapuu, P. (2001). *Loomismäng: muusika-, sõna-, liikimis-, kunsti- ja värviharjutusi rühmatöoks*. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikooli kirjastus.
- Silver, Rawley (2007). *The Silver Draw A Test and Drawing Story*. New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Sisask M, Värnik A, Kõlves K, Konstabel K, & Wasserman D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 431-435.
- Skov, V. (2015). *Integrative Art Therapy and Depression: A Transformative Approach*. Jessica Kingsley Publishers. Kindle Edition.
- Sotsiaalalalootaja eetikakoodeks (2005). Kasutatud 29.12.2016, veebilehel <http://sach-tallinn.blogspot.com.ee/2009/03/sotsiaaltootaja-eetikakoodeks.html>

Spaniol, S. (2011). *Art therapy with adults with severe mental illness*. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy*. NY: The Guilford Press.

Zubala, A., MacIntyre, D., Gleeson, N. & Karkou, V. (2014). Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Qualitative findings from the nationwide survey. *The Arts in Psychotherapy* 41(5), p535-p544.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kodulehekül. Alla laaditud 25.03.2017, <http://www.vaimnetervis.ee>

Organisatsiooni Käsiraamat. (2016). Tallinn: Tallinna Vaimse Tervise Keskus.

Tegevusjuhendaja Käsiraamat. (2010). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Valdmann, A. & Ülesoo T. (2012). *Depressioonirühma programmi tulemused 2006-2011*. Alla laaditud 12.03. 2017, veebilehel <http://www.avitus.ee/iseendale/depressiooni-ja-bipolaarse-haire-ruhm/dr-uuringud>

Vaimse tervise strateegia 2016-2025. (2016). Tallinn: VATEK Alla laaditud 25.01.2017, <http://vatek.ee/>

Xiuling, W., Chao, L., Juwu C., Wenying, W., Hua, Z. & Li, L. (2015). Creative arts program as an intervention for PTSD: a randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *International Journal of Clinical & Experimental Medicine*, 8, p13585-13591.

Waller, D., Ali, K & Gammidge, T. (2014). Fight like a ferret: a novel approach of using art therapy to reduce anxiety in stroke patients undergoing hospital rehabilitation. *Medical Humanities*, 40 (1), p56-60.

LISAD

LISA A

WHO-5 heaolu indeks

Sugu: M N Vanus: Rahvus:

WHO HEAOLU INDEKS

*Palun märkige ära iga järgneva väite juures, milline neist on lähim Teie enesetundele **kahe viimase nädala jooksul**. Tehke ainult üks märge iga väite kohta. Pange tähele, et suuremad numbrid tähendavad paremat heaolu.*

5 = Kogu aeg 4 = Enamuse ajast 3 = Enam kui pool ajast
2 = Vähem kui pool ajast 1 = Vahete-vahel 0 = Mitte kunagi

1. Ma tunnen end rõõmsa ja heatujulisena	5	4	3	2	1	0
2. Ma tunnen end rahulikuna ja pingevabana	5	4	3	2	1	0
3. Ma tunnen end aktiivse ja energilisena	5	4	3	2	1	0
4. Ma tunnen end värskena ja puhanuna	5	4	3	2	1	0
5. Mu igapäevaelu pakub mulle huvi	5	4	3	2	1	0

LISA B

Emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2

Emotsionaalse enesetunde küsimustik Nimi _____ Sugu _____ Vanus _____/_____ Kuupäev _____/_____/_____	EEK-2
---	--------------

Lugege tähelepanelikult läbi alltoodud loetelu probleemidest ja vaevustest, mis võivad inimestel mõnikord esineda. Tõmmake ring ümber sellele vastusevariandile, mis kõige paremini kirjeldab seda, KUIVÕRD SEE PROBLEEM ON TEID HÄIRINUD VIIMASE KUU VÄLTEL.

	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Pidevalt
1. Kurvameelsus	0	1	2	3	4
2. Huvi kadumine	0	1	2	3	4
3. Alaväärsustunne	0	1	2	3	4
4. Enesesüüdistused	0	1	2	3	4
5. Korduvad surma- või enesetapumõtted	0	1	2	3	4
6. Üksildustunne	0	1	2	3	4
7. Lootusetus tuleviku suhtes	0	1	2	3	4
8. Võimetus rõõmu tunda	0	1	2	3	4
9. Kiire ärritumine või vihastamine	0	1	2	3	4
10. Ärevuse- või hirmutunne	0	1	2	3	4
11. Pingetunne või võimetus lõdvestuda	0	1	2	3	4
12. Liigne muretsimine paljude asjade pärast	0	1	2	3	4
13. Rahutus või kärsitus, nii et ei suuda paigal püsida	0	1	2	3	4
14. Kergesti ehmumine	0	1	2	3	4
15. Äkilised paanikahood, mille ajal esinevad südameklõppimine, õhupuudus, minestamistunne või muud hirmutavad kehalised nähud	0	1	2	3	4
16. Kartus viibida üksi kodust eemal	0	1	2	3	4
17. Hirmutunne avalikes kohtades või tänavatel	0	1	2	3	4
18. Kartus minestada rahva hulgas	0	1	2	3	4
19. Kartus sõita bussi, trammi, rongi või autoga	0	1	2	3	4
20. Hirm olla tähelepanu keskpunktis	0	1	2	3	4
21. Hirm suhtlemisel võõraste inimestega	0	1	2	3	4
22. Loidus- või väsimustunne	0	1	2	3	4
23. Vähenenud tähelepanu- või keskendumisvõime	0	1	2	3	4
24. Puhkamine ei taasta jõudu	0	1	2	3	4
25. Kiire väsimine	0	1	2	3	4
26. Uinumisraskused	0	1	2	3	4
27. Rahutu või katkendlik uni	0	1	2	3	4
28. Liigvarajane ärkamine	0	1	2	3	4

LISA C

KTO ja KKT küsimustik

Kunstiteraapia ootuste küsimustik (KTO)

1. Kuidas *depressioon* on mõjutanud sinu tervist ja igapäevaelu?
2. Kuidas oled siiani *depressiooniga* hakkama saanud?
3. Millised on sinu ootused kunstiteraapiale (lähtudes *depressiooni* kogemusest ja senisest toimetulekust *depressiooniga*)?

Kunstiteraapia tulemuse küsimustik (KTT)

1. Kuidas depressioon on mõjutanud sinu tervist ja igapäevaelu?
2. Kuidas oled siiani depressiooniga hakkama saanud?
3. Kirjelda grupikunstiteraapia kogemust ja tulemust (lähtudes depressiooni kogemusest ja depressiooniga toimetulekust)

LISA D

Töötajate küsimustik

Nimi:

Vanus:

Üksus:

Amet:

1. Põhjendage palun, kas ja miks on Teie arvates vaja meie asutuses käivitada depressiooni tugigrupp?
2. Kas ja miks on vaja käivitada kunstiteraapia gruppe?
3. Millised on Teie, kui vaimse tervise valdkonnas töötava spetsialisti, ootused kunstiteraapilisele rühmatööle?
4. Millised on Teie spetsiifilised ootused kunstiteraapiale?
5. Kas Teil on kliente, kellele jaoks oleks avatav depressiooni tugigrupp sobilik?
Kas on kliente, kes sooviksid alustada juba 2017. a. jaanuaris?

LISA E

Kokkuvõttev depressioonigrupi küsimustik

NIMI:

1. Kuidas Sulle mõjus osalemine depr. tugigrupis? Kuidas Sa end grupiliikmena tundsid?
2. Kas ja millist toetust said grupilt?
3. Millist uut infot said enda jaoks grupijuhilt? (Mis meenub?)
4. Kuidas mõjus Sulle kunstiline eneseväljendamine grupis? Kas see andis tugigrupi tööle midagi juurde? Kui andis, siis mida?
5. Millised tehnikad sulle rohkem sobisid (voolimine savist, töö fotodega, joonistamine, teiste grupiliikmetega koos tööde vaatamine ja muljete jagamine, maalimine, stiimulpiltide test, kollaaž, lugude kirjutamine, plakati tegemine vm)?
6. Kuidas Sa oled end viimase kahe nädala jooksul üldiselt tundnud? Mis on selle tunde peamine põhjus (või põhjused)?

LISA F

Sekkumisgrupi kunstitööd

1. Savitöö „Minu depressioon“ (kõik 9 tööd) ja „Tervenemine“ (2 alumist tööd)



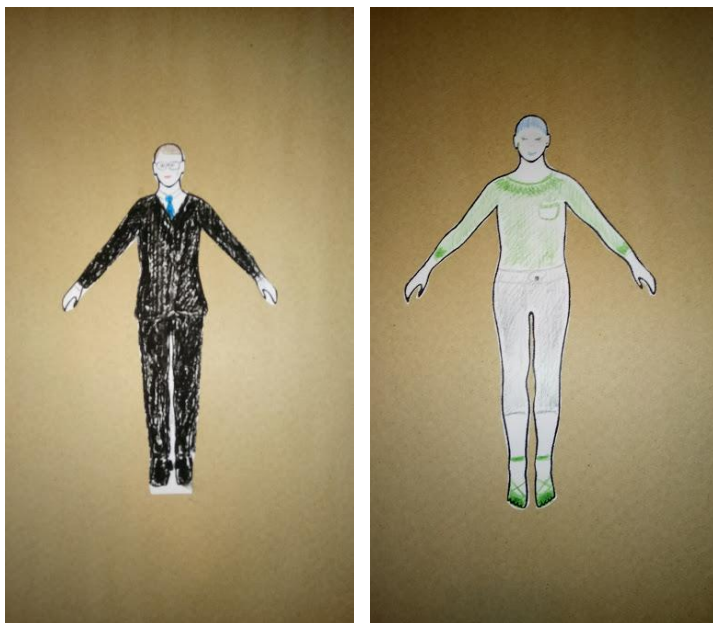
4. Joonistamine „Kujutle, et oled taim enda jaoks sobivas keskkonnas...”



5. Töö fotodega „Jõuan sobiva lahenduseni“



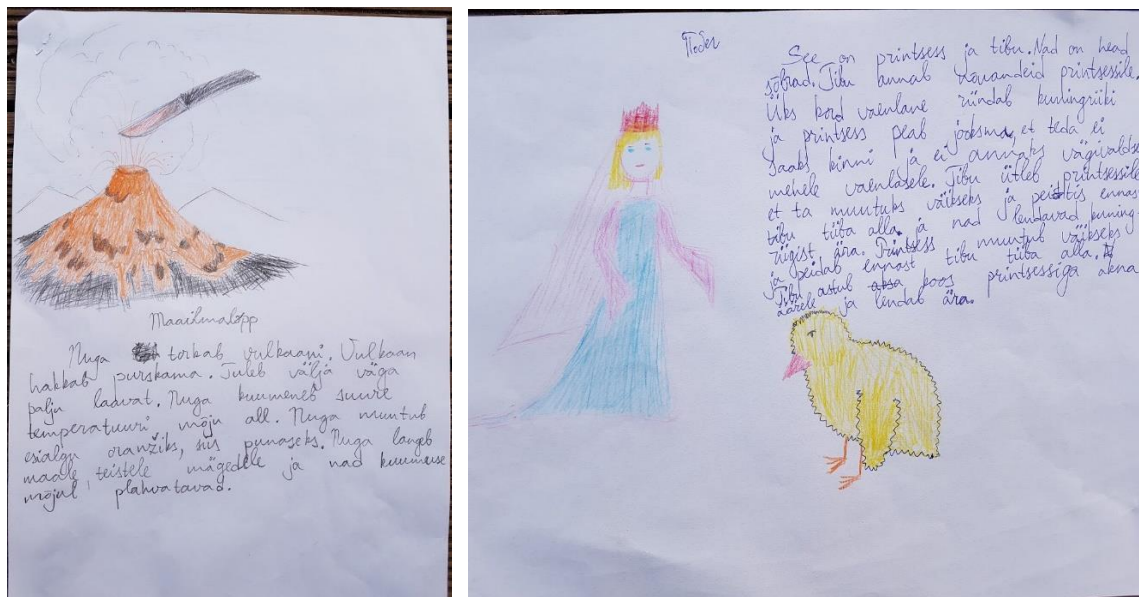
6. Joonistamine „Töö minakuvandiga“



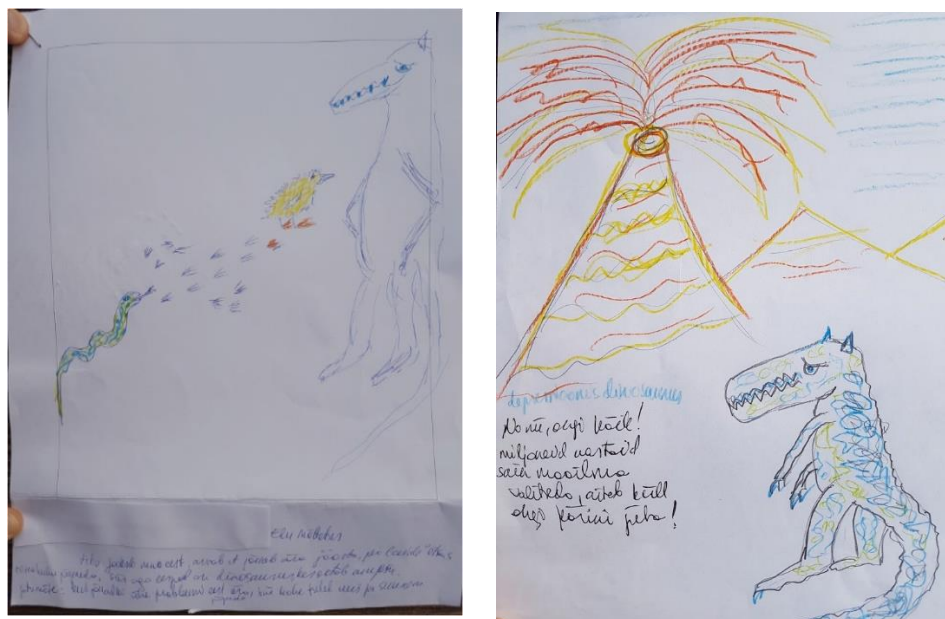
7. Plakat „Ideaalmina ja minu tugevused läbi grupiliikmete silmade“



8. Joonista lugu! (Kuidas kajastub minapilt ja emotsionaalne enesetunne pildil.)



Enne: klient identifitseerib end noaga, mis hävineb kuumuses. Pärast: klient identifitseerib end printsessina, kes päästetakse tibu abiga.



Enne: Klient identifitseerib end abitu tibuna, keda ümbritseb mõlemalt poolt oht, kas madu või draakon – elu mõttetus. Pärast: Klient identifitseerib end depressiivse draakonina, kes mõlgutab mõtteid elu mõttetuse üle, vulkaan purskab ja ongi kõik, kõigest on kõrini.

LISA G

**DEPRESSIOONI TUGIGRUPI KAVA
PELGURANNA TERAAPIAKESKUS**

Juhendaja: Eva Raun

Tel: 661 8023 või 555 11 209 meil: eva.raun@vaimnetervis.ee

Kolmapäeviti kell 13.00-15.00 (1. kord 18. jaanuaril)

**1. GRUPP – eestikeelne, kinnine grupp, etteregistreerimisega, kokku 10x.
18.01-22.03.2017.a.**



1. Kohtumine

Tutvumine ja sissejuhatus. Mis on depressioon? Depressiooni ja depressiooni poolt põhjustatud füüsilised, vaimsed ja sotsiaalsed probleemid. Kuidas on mõtted, meeleolu ja tegevused omavahel seotud, seoste märkamine. Erinevate testide tegemine. Kunstiteraapia osas loo joonistamine ja kirjutamine: Silveri test.

2. Kohtumine

Igas päevas on killuke head –leia see üles! Tegevuste ja toimingute mõju ja meeleolule. Kuidas meeleolu ja tuju võivad mõjutada otsustamist ja otsuseid? Olles masendunud, ei pööra me tähelepanu headele väikestele asjadele elus, millel võib aga omakorda olla suur mõju meeleolu paranemisele. Kunstiteraapia osas savitöö „Depressiooni skulptuur ja terve olemise sümbol“.

3. Kohtumine

Kutsu rõõm igasse päeva! Klient õpib planeerima oma ajakasutust: igasse päeva meeldivad tegevused ja nendele keskendumine. Kuidas sobivaid ressursse ära kasutada, kuidas kindlustada, et meeldivad tegevused saaksid päeva jooksul tehtud. Millised võivad olla takistused ja kuidas neid ületada. Kunstiteraapia osas joonistamine „Mustvalgelt värvilisele üleminek – tervise ja elurõõmu puu“.

4. Kohtumine

Mina ja minu mõtted. Ainult mina ise saan oma mõtteid kontrollida ja mõjutada. Õpime ära tundma erinevaid mõtteid. Positiivsed ja negatiivsed mõtted, lisaks moonutatud mõtlemine, mis kaasneb depressiooniga: liialdamine, üldistamine, positiivse ignoreerimine, pessimism, enesesüüdistamine, mustvalge mõtlemine ja äärmused. Kunstiteraapia osas töö fotodega „Teekond lahenduseni“.

5. Kohtumine

Töö oma mõtetega. Eelmisel korral õpitu kordamine ja rakendamine. Eesmärgiks on õppida toime tulema negatiivsete mõtetega, mis ikka ja jälle üles kerkivad. Erinevaid võimalusi, kuidas oma

mõtteid juhtida. Positiivse ellusuhtumise tähtsus. Kunstiteraapia osas joonistamine, lõõgastusharjutus „Kui ma oleksin taim... Siis missugune ja milline oleks minu elukeskkond“.

6. Kohtumine

Kuidas leida probleemile lahendust? Konkreetne probleem jagatakse väiksemateks osadeks. Seejärel uuritakse samme, mis viiksid lahendusele lähemale. Püstitatakse eesmärgid ja kava, kuidas lahendus saaks kliendi ellu tulla. Plaani koostamine ja selle realiseerimise hindamine. Kunstiteraapia osas kollaaž „Minu jõu- ja tugevuste allikad“.

7. Kohtumine

Depressioon ja sotsiaalsed suhted. Depressiooni tõttu hoitakse sageli kõrvale sotsiaalsetest suhetest ja sotsiaalsed suhted on omakorda depressiooni allikaks. Sageli välditakse inimestega suhtlemist. Tugigrupis on uued tuttavad, sarnase taustaga inimesed, üksteisele pakutakse seltsi ja tuge. Suhtlusring laieneb. Tuletatakse meelde, kes on kliendi elus need lähedased inimesed, kellega võiks taas hakata suhtlema. Millise mulje olen jätnud grupiliikmetele – positiivsed omadused. Enesekehtestamine. Suhtlemisoskused. Inimeste eripärad ja individuaalsus. Kunstiteraapia osa „Minakuvand“.

8. Kohtumine

Kuidas ja kus on võimalik leida uusi tutvavaid ja sõpru? Keskused, huviringid, grupid, klubid jm. Gruppides jm on võimalik tegeleda oma hobidega, meeldivalt suhelda teiste inimestega, leida uusi kontakte. Millist elu ma ise tahan elada? Tulevikuvisionid. Kunstiteraapia osas plakati valmistamine „Ideaalne mina“

9. Kohtumine

Minu oskused, ressursid ja tugevused. Mida uut sain enda kohta tugigrupis teada? Mis on minu trumbid. Eelkõige depressiivsusele kalduvatel inimesi on oluline harjutada oma mõtlemist ja käitumist, et vähendada võimalust depressiooni süvenemiseks. Kordame üle eelnevatel kohtumistel õpitu, mis aitab mul eluga paremini toime tulla ja haigusest taastuda. Erinevad nipid, kuidas olla tervem. Kunstiteraapia osas plakati lõpetamine, tugevuste märkamine, komplimendid „Ideaalne mina“.

10. Kohtumine

Kokkuvõtted kogetust ja õpitust. Testide tegemine. Mõtted ja küsimused seoses läbitud teemadega. Kas jätkame tugigrupiga ja kuidas? Kunstiteraapia osas loo joonistamine ja kirjutamine: Silveri test.