

ACT Now IO2 teoreetiline ülevaade:

Teaduspõhine ülevaade aktsepteerimis- ja kohanemisteraapiast (ACT) visuaalse erinevusega patsientidele ja nende lähedastele

Fabio Zucchelli¹, Dr Heidi Williamson², Dr Olivia Donnelly²

¹ Centre for Appearance Research, University of the West of England, Frenchay Campus Coldharbour Lane, Bristol, BS16 1QY, UK

² The Outlook Service, North Bristol NHS Trust, Southmead Hospital, Bristol, BS10 5NB, UK

Patsientide grupi defineerimine

Uk-s on *visuaalne erinevus* saanud levinud väljendiks füüsilise välimuse kirjeldamisel, mis on normidest väljaspool (Rumsey & Harcourt, 2004). See on neutraalsem alternatiiv meditsiini-terminile „moonutus, moonutatud“, mida võib seostada sotsiaalse stigmaga (Changing Faces, 2019). Välimuse „normi“ defineerimine, millest visuaalne erinevus kõrvale kaldub, on samuti vaieldav ja mitmeti tõlgendatav.

Me kasutame siin palju arusaadavamat terminit: „välimust mõjutav tervislik seisund“. „Tervisliku seisundi“ all mõtleme me haigusi, sündroomi, kaasasündinud anomaaliaid, ebatüüpilist füüsilist arengut, vigastust või ravi, mis mõjutab inimese välimust. Mõned inimesed sünnivad välimust mõjutava tervisliku seisundiga, mis võib sünnist saadik nähtav olla (nt huule- ja/või suulaelõhe, kraniosünostoos) või tekkida hiljem (nt neurofibromatoos). Teistel muutub välimus nahahaiguse (nt psoriaas, ekseem), trauma (nt põletused, liiklusõnnetus) või operatsiooni (nt vähk) tagajärjel. Meditsiini areng tähendab, et tõenäoliselt kasvab välimust muutva tervisliku seisundiga inimeste arv pidevalt, kuna üha rohkem inimesi elab vigastused ja haigused üle (Williamson et al., 2018).

Ajalooliselt pole selle valdkonna uurimisgrupid liigitanud rasvumist, toitumishäireid, füüsilisi ja liikumispuudeid välimust mõjutavaks tervislikuks seisundiks, sest need on omaette keerukad valdkonnad ja nendega tegelevad teised uurimisgrupid. Siiski kehtivad paljud psühholoogilised probleemid ja sekkumisviisid, millest me rääkima hakkame, teatud määral ka eespoolnimetatud tervislike seisundite kohta.

Välimust mõjutava tervisliku seisundiga patsientide psühhosotsiaalsed probleemid

Ühiskonnas, kus väga palju investeeritakse välimusse, võib ebatavalise välimusega inimesi ohustada psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemide tekkimine (Shepherd et al., 2018).

Palju nimetatakse sotsiaalset diskrimineerimist ja pealetükkivat tähelepanu. Lapsed ja noored võivad kogeda seda narrimise, kiusamise ja sotsiaalse tõrjutusena (Feragen et al., 2015). Täiskasvanud kirjeldavad tavaliselt, kuidas võõrad neid vahivad, küsimusi esitavad või nende välimust kommenteerivad ja/või väldivad nende füüsilist lähedust (Kleve & Robinson, 1999; Ryan, Oaten, Stevenson & Case, 2012).

Vähemalt 13-s Euroopa riigis on uuringud näidanud, et välimust mõjutavate seisundite puhul kogevad inimesed psühholoogilisi probleeme, mille hulgas on sotsiaalne ärevus, sotsiaalsete või avalike olukordade vältimine, kehakuvandiga rahulolematuse, häbi, enese stigamtiseerimine, depressioon, üldine ärevus, madal enesehinnang ja halb elukvaliteet (Appearance Research Collaboration in Clarke et al., 2014; Dalgard et al., 2015; Montgomery, Messenger, Norman & Thompson, 2016; Osinubi et al., 2017; Randa, Lomholt, Skov & Zachariae, 2018).

Mõned välimust mõjutava tervisliku seisundiga patsiendid elavad sümptomaatiliste terviseprobleemidega, mis võivad aja jooksul muutuda (nt psoriaas), tähendada kroonilist valu (nt lipödeem) või sügelust (nt armkoe vohamine), vajada pikaajalist ravi ja otsuseid edasise ravi kohta (nt huule- ja/või suulaelõhe, neurofibromatoos) või olla eluohtlikud (nt vähk). Need patsiendid peavad seisma silmitsi ka paljude psühholoogiliste probleemidega, mis nende tervisliku seisundiga seonduvad ja ulatuvad palju kaugemale pelgalt murest oma välimuse üle.

Psühholoogilised probleemid, millega puutuvad kokku lähedased/hooldajad

Peres on lähedased/hooldajad tavaliselt vanemad ja nad on väga hõivatud välimust mõjutava tervisliku seisundiga laste ja noorte eest hoolitsemisega. Vanemad võivad kogeda psühholoogilisi probleeme lapse välimusega kohanemisel, sealhulgas ärevust seoses sellega, kuidas hakkavad nende last kohtlema sõbrad, pereliikmed, teised lapsed ja avalikkus, lisaks ülim valvsus, millised on teiste inimeste reaktsioonid nende laste suhtes (Hlongwa & Rispel, 2018; Rumsey & Harcourt, 2005). Vanemad võivad karta või vältida sotsiaalseid või avalikke olukordi (Klein et al., 2006). Lisaks toob UK-s tehtud kvalitatiivne uuring välja, et mõned huule- ja/või suulaelõhega laste vanemad muutuvad oma lapse suhtes ülemäära kaitsvaks (Stock et al, 2019).

Lapse tervisliku seisundi eest hoolitsemisel on vanematel esmane roll meditsiinilise sekkumise üle otsustamisel (nt huule- ja/või suulaelõhe lõikus; Jeffery & Boorman, 2001) ja koduse hooldamisega toimetulekul (nt põletushaavade eest hoolitsemine pärast haiglast välja kirjutamist; Heath, 2018). See on lisasurve ja -kohustus, kui vanemad juba niigi tunnevad kahju ja süüd (nt et nad ei suutnud põletust ära hoida) ja viha lapse seisundi pärast (Heath et al., 2018).

Aktsepteerimise ja pühendumise teraapia tutvustamine grupele

Aktsepteerimise- ja pühendumisteraapia (ACT) töötasid välja 1990-ndatel USA teadlased ja rakenduspsühholoogid (Hayes et al, 1999). ACT püüab aidata inimestel tegutseda intensiivsemalt ja selgemalt, et nad liiguksid tähendusrikkama ja rahuldust pakkuvama elu suunas. Seetõttu loetakse lühendit ACT nagu sõna *act* (tegutsema ingl k), mitte esitähedena (A-C-T).

Psühholoogilist mehhanismi, mis toetab sellist elu rikastavat käitumist ACT programmis nimetatakse „psühholoogiliseks paindlikkuseks“. See on inimese võime keskenduda hetkeolukorrale avatult ja teadlikult ning võtta kasutusele käitumine, mis aitab neil elada kooskõlas isiklike väärtustega (Hayes et al, 2006; Kashdan, 2010). ACT'is kasutatakse psühholoogilise paindlikkuse arendamiseks kolme üksteisest vastastikku sõltuvat teraapiavahendit: väärtuste väljaselgitamine, teadvustamine ja pühendunud tegevus.

Väärtuste väljaselgitamine

Selleks, et inimesed mõistaksid, mis nende jaoks tähtis st rahuldust pakkuv on, juhendab ACT neid välja selgitama oma väärtusi ning julgustab seda ka välja ütleva. Väärtused viitavad sellele, mida inimesed peavad kõige ihaldusväärsemateks omadusteks elus, mille poole nad ideaalis tahaksid oma energia suunata. Väärtused vastavad küsimusele: „Millest te tahate, et teie elu räägiks?“ Näiteks „pere“, „headus“, „ambitsioon“, „julgeus“ ja „lojaalsus“. Inimesed valivad ise oma väärtused või kui ei oska, võib neile välja pakkuda nimekirja väärtustest, mille vahel valida.

Kui inimene on oma väärtused välja selgitanud, saab neid kasutada juhena või sisemise kompassina, mis juhatab nende käitumist soovitud suunas. Väärtused võivad toetada nii väärtustepõhiste eesmärkide planeerimist kui otsuseid, kuidas mingis olukorras on kõige parem käituda. Näiteks põletusarmidega patsient, kelle väärtuseks on „sõprus“, võib seada endale eesmärgiks kohtuda vana sõbraga vaatamata murele, kuidas sõber tema välimusse võib suhtuda.

Või kui patsient kohtub vana sõpra kodulinnas jalutades, võib „sõpruse“ väärtust silmas pidada hetkel, mil otsustatakse, kas läheneda sõbrale ja tervitada või teda hoopis vältida (Zucchelli et al., 2018).

Välimumust mõjutava tervisliku seisundiga patsiendid kipuvad keskenduma oma välimumusele ja sellele, kuidas teised nende välimumuse peale reageerivad (Appearance Research Collaboration, 2014). Kui paluda neil patsientidel hoolega mõelda, millised väärtused neile tähtsad on, võiks see aidata neil saada taas kontakti nende väärtustega, mille nad on unarusse jätnud, sest muretsevad pidevalt välimumuse üle, ja aidata neil näha kaugemale oma välimumuseprobleemist (Stock et al., 2019).

Teadvustamine

Teadvustamine on määratletud kui võime pöörata püsivat tähelepanu oma praegustele kogemustele avatud suhtumise ja aktsepteeriva suhtumisega (Bishop et al., 2004). Selle tähelepanu objektiks võiks olla mistahes sisemine kogemus: füüsilised aistingud, emotsioonid, mõtted, helid, lõhnad või maitse.

Kaks aspekti pakuvad ACT-s erilist huvi ja need ühendavad ACT-mudeli kahte kesket mõistet. Esimene on seotud mõtetega. Kognitiivne sulandumine kirjeldab kalduvust mõtteid tõlgendada faktidena ja käituda nende järgi (Hayes, 2006). Olemas on konkreetseid teadvustamisvõtteid, mis on suunatud protsessile, õppides jälgima enda mõtteid ja tunnustades neid keelekonstruktsioonidena, mis võivad olla tõesed või mitte. Seda tehes suudavad patsiendid end mõtetest vaimselt eraldada või neist loobuda.

Mõned ängistavad mõtted võivad tunduda objektiivselt tõesed inimestele, kellel on erinev välimumus, näiteks „*Inimesed vahivad mu nahka*“ või „*Ma näen nii erinev välja*“. Defitseerimine ei hõlma selliste mõtete ümberlukkamist nagu traditsioonilises kognitiivses käitumisteraapias (CBT), vaid pigem omistades mõttele rohkem eraldatud suhteid, saab inimene tegutsemise üle parema kontrolli. See võimaldab otsustada rohkem väärtuste ja vähem mõtete sisu järgi.

Teine keskne ACT-kontseptsioon on kogemuslik vältimine. See viitab inimese loomulikule toimetulemisstiilile, kus püütakse vältida, vabaneda või muuta valusaid sisemisi kogemusi (st emotsioone, mõtteid jne), isegi kui see kahjustab lõppkokkuvõttes elukvaliteeti (Hayes, 2006). Kogemuste vältimine toimub kohese leevenduse kaudu, mis on seotud valulike sisemiste kogemuste intensiivsuse vähendamisega, näiteks kergendusega, mis on saadud kardetud sotsiaalsest olukorrast lahkumisega (käitumispsühholoogia mõistes „negatiivne tugevdamine“; Kent, 2000). Kokkuvõttes võib lühiajalise kergenduse saamine takistada pikaajalise elukvaliteedi saavutamist. Mida rohkem saab inimene tähelepanelikkuse koolituse kaudu harjutada oma sisemistele kogemustele tähelepanu pööramist avatud ja aktsepteerival viisil, seda suurem on tal kontroll, kui ta valib, kuidas käituda juhul, kui valusad sisemised kogemused tekivad. See hõlmab pigem raskema valiku tegemist siis, kui see on kooskõlas oma väärtustega, mitte olukorra vältimise kaudu kohese leevenduse otsimist.

Kognitiivne sulandumine ja kogemuslik vältimine põhjustavad vältiva käitumise. Seetõttu aitab kogemusliku aktsepteerimise ja kognitiivse sulandumise arendamine teadvustamiskoolituse abil välja töötada paindlikumad reageeringud olukordadele. Näiteks peol (mis on inimesele oluline) viibiv välimumust mõjutava terviseseisundiga inimene, kes on sulandunud mõttega „*Inimesed vahivad mind*“, keskenduks suurema tõenäosusega mõttele kui faktile ja see tõenäoliselt põhjustaks inimeses ärevust. Kalduvus kogemuslikule vältimisele suurendaks siis nende lahkumise tõenäosust, et ärevusest vabaneda. Teise võimalusena, kui neil oleks välja kujunenud tugevam kognitiivne defusioon, võib mõte „*Inimesed vahivad mind*“ vähem häirida ja nad saavad

peost rohkem rõõmu tunda. Samamoodi suudaks inimene peole jääda, kui ta oskaks teatud määral rakendada kogemuslikku aktsepteerimist, et hakkama saada ärevuse või eneseteadvusega.

Pühendunud tegutsemine

Väärtused annavad käitumisele suuna ja teadvustamisoskus aitab taluda valusaid sisemisi kogemusi, mis võivad tuleneda väärtustepõhisest tegevusest. Siiski, selleks et tegeleda väärtustest juhitud käitumisega pikaajalisemalt, on väga suureks abiks selgete eesmärkide seadmine. Kasutades väärtuste puhul sisemise kompassi kujundit võib öelda, et eesmärgid on sihtpunkt, mis need väärtused joonele seab; eesmärkideni saab jõuda nii, et väärtused säilivad. Näiteks huule- ja suulaelõhega vastsündinu ema võib seada eesmärgi tutvustada last oma sõpradele vaatamata hirmule, kuidas nad reageerivad, sest ta tugineb oma väärtusele „sõpradega suhelda“ (mida saab kasutada järgmiste eesmärkide seadmiseks).

Eesmärgid võivad olla lühikeseks, keskmiseks ja pikaks ajaks ning toimida kõige paremini kui need on konkreetsed, mõõdetavad, saavutatavad ja ajaliselt piiritletud (Michie, 2014). Psühholoogilised takistused võivad tekkida, kui püütakse saavutada raskemaid eesmärke. Need takistused on võimalik ületada teadvustamisoskuste abil, kasutades ka kogemuste aktsepteerimist ja mõtete neutraliseerimist.

Sõltuvalt patsientide vajadustest ja tervishoiutöötajate ressurssidest võib ACT'i rakendada individuaalsete teraapiaseansside käigus vastavalt koolitatud psühholoogide abil (nt Bacon, Farhall & Fossey, 2014), tervishoiutöötajate vahendatud programmina (nt Williams, Vaughan, Huws & Hastings, 2014), lühikeste koolitustena (Pearson, Follette & Hayes, 2012) või eneseabimaterjalidena (French, Golijani-Moghaddam & Schroder, 2017).

Lühike ülevaade ACT-uuringutest, mis on olulised välimust mõjutava seisundiga patsientidele.

Uuringud näitavad, et Euroopa arstid võtavad ACT-meetodi kasutusse välimust mõjutava seisundiga patsientidel just mitmesuguste patsiendi-poolsete psühholoogiliste raskuste tõttu. Hiljutises uuringus, milles osales üle 100 psühholoogi 15 Euroopa riigist, teatas kolmandik ACT-meetodi kasutamisest välimusega seotud murede puhul (Harcourt et al., 2018). Suulõhede diagnoosiga patsientidega töötavad Ühendkuningriigi kliinilised psühholoogid kirjeldasid ACT-põhimõtete rakendamisest patsientide intervjuerimisel ja seda eriti noorukite ja noorte täiskasvanute puhul, keda välimusega seotud probleemid puudutavad (Stock et al. avaldamisel).

Hiljutised korrelatsiooniuringud on näidanud ka seoseid peamiste ACT-mehhanismide ja heaolu vahel erinevate välimust mõjutavate seisundite puhul. Shepherd jt. (2018) leidsid Suurbritannia põletushaigete rühma uurides, et kogemusliku vältimise ja kognitiivse defusiooni parameetrid korreleerusid positiivselt välimusärevusega ning madalama välimusärevusega seostati edukamat mõtestatud tegevust. Dipek, Bialaszek ja Ostaszewski (2016) leidsid rahvusvahelises lipoödeemia diagnoosiga (kroonilises seisundis, mida iseloomustab progresseeruv nähtava rasva kogunemine alakehas) naispatsientide uuringus, et psühholoogiline paindlikkus seostub positiivselt patsientide elukvaliteedi näitajatega. Lipoödeemia põhjustab vaieldamatult ulatuslikke füüsilisi muutusi, mis mõjutavad kehakuvandit, lisaks põhjustab see seisund ka kroonilist valu. Kuna elukvaliteedi näitajad ei keskendunud välimusele, siis ei saa me ka väita, kui palju oli osalejate psühholoogiline paindlikkus seotud nende välimusega.

Montgomery jt. (2016) mõõtsid Ühendkuningriigis läbiviidud uuringus küsimustikke kasutades dermatoloogilise diagnoosiga patsientide elukvaliteeti, sotsiaalset ärevust ning depressiooni. Patsientide nahahaiguse tõsiduse seostamisel küsimustikuga leidsid autorid, et teadlikkuse suurus seletas osaliselt erinevusi iga tulemuse osas. Selle uuringu jaoks kasutatud meetodika ei võimaldanud aga keskseid ACT-komponente lähemalt analüüsida.

Kõik need kolm uuringut kasutasid korrelatsioone ning seega ei saa me teha järeldusi põhjuslike seoste olemasolust psühholoogilise paindlikkuse ja selle komponentide vahel elukvaliteedi ega heaolu osas. Seepärast võtame nüüd lühidalt kokku teaduslikud uuringud, mis testivad ACT-i meetodi rakendamist kõige tavalisemates probleemipiirkondades, millega patsiendid, kellel on välimust mõjutav seisund, kokku puutuvad: sotsiaalne ärevus, rahulolematuse oma kehakuvandiga ja terviseseisundi aktsepteerimine. Samuti pakume välja olulisi seoseid selle kohta, kuidas need probleemid võivad konkreetses patsiendirühmas esineda ning kuidas neid probleeme saab ACT-meetodi abil kõige paremini mõista ja nendega tegeleda.

Sotsiaalne ärevus

Neli ühe uuringurühmaga sekkumisuuringut leidsid sotsiaalse ärevuse vähenemist, samuti väärtuslike suhete loomist (Ossman et al., 2006), elukvaliteedi paranemist (Dalrymple & Herbert, 2007; Dalrymple et al., 2014), depressiooni vähenemist (Kocovski, 2009; Dalrymple et al., 2014) ja kaalutletud otsuste tegemise suurenemist (Kocovski, 2009) ACT-programmi kasutamisel. Kõigis neljas uuringus vähenes ootuspäraselt kogemuslik vältimine, kuid nende järelduste tegemist piirab kontrollrühmade puudumine.

Neile uuringutele on järgnenud kolm randomiseeritud uuringut (RCT). Kocovski jt. (2013) uuring Kanadas sotsiaalse ärevushäire diagnoosiga täiskasvanutel võrdles gruppi 12-nädala pikkuse ACT-sekkumisega (n=53) kognitiivset käitumisteraapiat saanud grupiga (CBT; n=53) ja kontrollrühmaga (n=31). Autorid leidsid kliiniliselt olulist sotsiaalse ärevuse vähenemist umbes 40 protsendil patsientidest mõlemas sekkumiserühmas. See viitab ACT ja CBT rühma samaväärsele kliinilisele efektiivsusele. Üllataval kombel ei erinenud ACT-i ja CBT-rühmade protsessimuutujad, sealhulgas kogemuslik aktsepteerimine, tähelepanelikkus ja mõtestatult elamine, mis tähendab, et ACT-i pakutud muutusmehhanismid ei olnud ACT-protokolliga ainulaadsed. Meetodikas oli puudusi, seega ei olnud võimalik selgeid järeldusi teha. Yadegari jt. (2014) viisid Iraani noortel, kellel olid teatud sotsiaalse ärevuse tunnused, läbi väikese RCT (n=16) uuringu ja leidsid, et ACT-sekkumisele määratud inimestel oli pärast 12-nädalast ACT-sekkumist vähenenud sotsiaalse ärevuse sümptomid võrreldes ravita kontrollrühmaga.

Craske jt. (2014) avaldasid USA-põhise randomiseeritud uuringu, milles võrreldi 12-nädala pikkust individuaalset ACT-sekkumist (n=29), kognitiivset käitumisteraapiat saanud gruppi CBT (n=33) kontrollgrupiga (n=25). Kliiniliselt olulist sotsiaalse ärevuse muutust paranemise suunas täheldati uuringu järgselt ja peale 12-kuulist jälgimist nii ACT kui ka CBT rühmades, kuid mitte kontrollrühmas. Niles jt. (2014) viisid seejärel läbi Craske jt andmete kordusanalüüsi ja leidsid, et kogemuslik vältimine vähenes nii ACT kui ka CBT sekkumiste käigus, kuid ACT sekkumine andis kogemusliku vältimise osas tugevama languse. Huvitava leiuna tuli ACT programmi sisu analüüsidest välja (kogu ravi ajal mõõdetud kogemusliku vältimise skooride osas), et defusiooni kallal töötamisel (mõtete mitte faktidena vaatlemine) oli ACT komponentide seas suurim mõju kogemusliku vältimise vähenemisele. Tervikuna näitavad olemasolevad empiirilised ACT rakendamise kohta käivad uuringud (sotsiaalse ärevuse puhul), et sotsiaalse ärevuse kogemusliku vältimise suunamine viib positiivsete tulemusteni ja seepärast on ACT oluline ravivõimalus isikutele, kellel on välimust mõjutav seisund ja kes kogevad sotsiaalset ärevust.

Üks meetod (järkjärguline kokkupuude), mida tavaliselt kasutatakse nii traditsiooniliste CBT kui ka ACT sotsiaalse ärevuse protokollides, vajab selgitamist ACT ja välimust mõjutavate seisundite osas. Astmeline/järkjärguline kokkupuude hõlmab patsienti (praktiku/terapeudi toetusel) astuma järk-järgult kardetud olukordadesse ning liikudes plaanipäraselt üha enam kardetud situatsioonides (Benito & Walther, 2015). ACT-is toimub astmeline kokkupuude pühendunud tegevuse vormina; see tähendab, et seda tehakse selleks, et indiviid saaks astuda samme endale meelepäraste asjade tegemise ja nende mõtestamise suunas. ACT-i eesmärgiks ei ole see, et patsient harjuks keskkonnaga, vähendades seeläbi erutust ja ärevust (nagu CBT-s). See võib loomulikult ilmuda korduva kokkupuute kõrvalproduktina, kuid väga oluline on, et me ei õpetaks patsientidele, et ärevus on midagi millest lahti saada, kuna see tugevdab kogemuslikku vältimist veelgi.

Samuti on oluline erinevus „tüüpilise“ sotsiaalse ärevuse ja ärevuse tüübi vahel, millega sageli puutuvad kokku nii välimust mõjutavate seisunditega patsiendid kui ka nende perekonnad. Kui keegi ebatavalise väljanägemisega inimene satub kardetud sotsiaalsesse- või avalikku olukorda (näiteks kasutab esimest korda pärast vigastust ühistransporti), võib ta teiste inimeste poolt tõepoolest soovimatut tähelepanu saada. Kõigi tekkivate keeruliste suhete juhtimiseks peavad need inimesed tundma, et suudavad enesekindlalt rakendada sotsiaalseid oskusi, näiteks ebamugavatele küsimustele vastamine või vahtimine. Väga oluline on patsientide varustamine vastavate sotsiaalsete oskustega enne, kui nad peavad kogema kardetud olukordi. Spetsiaalne sotsiaalsete oskuste koolitus moonutatud välimusega patsientidele on saadaval ka veebipõhisena *Face IT* (Bessell et al., 2010), *Young Person's IT* (Williamson et al., 2017) ja heategevusorganisatsiooni *Changeing Faces* kaudu (tinyurl.com/y6ydajam).

Rahulolematus kehaga, kehakuvand

Griffiths jt. (2018) poolt publitseeritud süstemaatiline ülevaade, näitas et väike hulk uuringuid on testinud ühepäevase ACT-koolituse mõju. USA-s Pearson, Follette ja Hayes (2012) poolt läbiviidud randomiseeritud uuringus moodustasid uuringugrupi ülekaalulised naised (n=39), kes ei olnud rahul oma kehakuvandiga. Uuringugrupp osales 8-tunnisel ACT koolitusel. Kontrollgrupi moodustasid ootejärjekorras olevad sama probleemiga patsiendid (n=34). Võrreldes kontrollrühmaga leiti ACT koolitusel osalenutel kehaärevuse märkimisväärset vähenemist kuni kaks nädalat pärast sekkumist. ACT-rühma puhul sedastati ka suuremat kogemusliku vältimise vähenemist, mis näitas, et koolitusprotokoll oli edukas kavandatud muutusmehhanismi suunamisel.

Weineland, Arvidsson, Kakaloudis ja Dahl (2012) testisid Rootsi täiskasvanute rühma, kus patsientidele tehti kaalulangetuse eesmärgil bariaatriline lõikus. ACT-meetodit kasutati haiglas kahel üks-ühele seansil, millele järgnesid kuus veebiseanssi, mida toetati iganädalaselt telefonikõnedega (kokku 8 nädalat). Osalejad jaotati juhuvalimina kas ACT sekkumisrühma (n=19) või rühma, kes sai ravi tavapäraselt (n=20). Sekkumisperioodi lõpus ja 6 kuud hiljem sedastati ACT-rühmas märkimisväärselt vähem muret kehakuvandi osas kui tavalise ravi grupis. ACT-rühm näitas ka kaalulangust võrreldes kontrollrühmaga, kuid see erinevus kadus 6-kuulisel jälgimisel. Wallochi (2014) poolt läbiviidud ühe rühma uuringus rakendati ühepäevast ACT-koolitust homoseksuaalsete meeste grupis, kellel oli probleeme kehakuvandiga. Kehakuvandiga ja söömishäiretega seotud probleemid vähenesid. Samuti leidis autor, et kogemuslik vältimine vähenes kooskõlas kehakuvandi paranemisega.

Vaatamata väikesele uurimustööde arvule, mis on mõõtnud muutusi kehakuvandi osas, on ACT-meetodi rakendamisel potentsiaali selles valdkonnas ja julgustav on, et testitud ACT-protokollid andsid positiivseid muutusi kogemusliku vältimise osas. Ilmselt on vajadus suuremahuliste RCT uuringute järele, et tugevdada leitud seoseid.

Kuna ACT on peamiselt käitumisteraapia, tegeleb see kõige enam kehakuvandiga rahulolematuse käitumuslike tagajärgedega ja eriti sellega, kuidas need võivad negatiivselt mõjutada inimeste elukvaliteeti. Cashi (2000) kehakuvandiga rahulolematuse tunnetuslik käitumismudel esitab toimetulekustrateegiate kahte vormi kehakuvandi tajutud ohtude käsitlemiseks: ähvardavate/ebameeldivate stsenaariumide vältimine ja välimuse parandamine või ilustamine; mis viitab püüdlusele varjata või muul viisil oma välimust muuta; otsida kinnitust oma väljanägemise kohta või oma välimusele fikseeritud tähelepanu koondamine. Mancuso (2016), leidis Austraalia korrelatsiooniuuringus, et naissoost osalejad, kes saavutasid kehakuvandiga seotud psühholoogilise paindlikkuse osas kõrgema tulemuse, kasutasid eelmainitud toimetulemisstrateegiaid vähem tõenäoliselt isegi siis, kui nad andsid teada oma kehaga rahulolematusest. Ehkki selle korrelatsiooniuuringu disainil on mõned miinused, viitab see uuring sellele, et psühholoogiline paindlikkus, ACT-muutuste keskne mehhanism, katkestab oletatava otsese seose keha rahulolematuse ja ebaotstarbekate toimetulekustrateegiate vahel.

Välimusele fikseerituse strateegia ja eriti füüsiliste tunnuste varjamise püüded vajavad täiendavat tähelepanu välimust mõjutavate seisunditega patsientide kontekstis. ACT-i vaatepunktist võib ulatusliku meigi või naha maskeerimise kasutamist (nahahaiguste, näiteks vitiligo puhul) sotsiaalsetes tegevustes osalemiseks (mida muidu välditaks), pidada pragmaatiliseks strateegiaks, mis hõlbustab osalemisotsust sisukates tegevustes. Süstemaatilises ülevaates, milles hinnati kosmeetilise maskeerimise mõju nähtavate nahahaiguste korral, leidis Kornhaber jt. (2018) elukvaliteedi märkimisväärset paranemist. Alternatiivse näitena võib näiteks vitiliigot põdev inimene oma majast lahkuda ainult teatud valgustingimustel (häämaras, pimedas), kui ta kannab tugevat meiki. Arvestades meigi tegemiseks vajalikku aega ja konkreetset keskkonda, võib see välimusele fikseeritud strateegia näiteks takistada mõnel isikul spontaanset kodust lahkumist või reisimist. ACT-i seisukohalt on tervishoiutöötaja jaoks võtmeküsimus seega see, kas selline välimusele fikseeritud käitumine hõlbustab või hoopis takistab rikkamat ja täisväärtuslikumat elu.

Tervisesekäitumise juhtimine

Nagu varem mainitud, pakuvad paljud välimuse muutumise võimalikud põhjused oma tervisekäitumise juhtimiseks mitmeid potentsiaalseid väljakutseid. Seetõttu jääb täielik ülevaade käesoleva dokumendi raamidest välja. Graham, Gouick, Krahe ja Gillanders (2016) poolt läbi viidud süstemaatiline ülevaade ACT kasutamisest krooniliste ja pikaajaliste haiguste korral pakub mõningaid viiteid antud valdkonnast. Kuigi kvaliteetsete RCT-de väike arv viis autorid järeldusele, et seni pole piisavalt tõendeid ACT-meetodi rakendamiseks krooniliste ja pikaajaliste haigusseisundite väljakujunenud sekkumisena, olid kõige lootustandvamad leiud just tervisekäitumise enesejuhtimisel. Hawkes jt (2013) kõrgekvaliteediline RCT-uuring Austraalias testis pärasoolevähi ravi järgselt telefonitsi edastatud ACT-sekkumist võrreldes tavapärase raviga ning leiti märkimisväärselt häid tulemusi inimese enda kaalu- ja dieedijuhtimises ning füüsilise aktiivsuse osas 12-kuulise jälgimisperioodi ajal. Gregg jt. (2007) testisid USA diabeedihaigetele mõeldud madala intensiivsusega ACT-sekkumist, mis viidi läbi ühepäevase töötoana. ACT-rühma osas leiti kolme kuu järgselt parem diabeedi ja veresuhkru enesekontroll võrreldes kontrollrühmaga.

Spetsiifiline, kuid siiski levinud nähtava erisuse traumaatiline põhjus on põletuskahjustus ning see olukord on tavaliselt seotud kroonilise valuga (Hamed, 2011). Kroonilise valu puhul on ACT-metoodika tõendus põhiste uuringute ülevaade teine kliiniline valdkond. Ühe rühma uuringud on tuvastanud ACT efektiivsuse kroonilise valu juhtimisel isegi kuni kolmeaastase järelkontrolli järgselt (McCracken, MacKichan & Eccleston, 2007; Vowles & McCracken, 2008; Vowles, McCracken & O'Brien, 2011). Kaks RCT-d on näidanud, et ACT on sama efektiivne kui CBT, valu ravi puhul, kusjuures patsientide rahulolu raviga on ACT-rühmas suurem (Vowles, Wetherrell & Sorrell, 2009; Wetherrell et al., 2011).

Lühike ülevaade ACT meetodi teadusuuringutest, mis on olulised välimust mõjutavate seisunditega patsientide pereliikmete/hooldajatele

Meie andmetel pole ükski uurimus hinnanud ACT-protokolle, mis kaasab välimust mõjutavate seisunditega patsiente, vanemaid või hooldajaid. Ühes väikeses pilootuuringus, mille viisid läbi Martin jt (2016), on testitud kahepäevast ACT-töötuba noorukite ja noorte vanematele, kellel oli 1. tüüpi neurofibromatoosi diagnoos – geneetiline seisund, mis tekitab nähtavaid sünnimärke, nahamoodustusi või nahavohandeid. Sekkumise keskmes oli valu juhtimine ja seetõttu valiti osalejad selle põhjal, et nende lapsel oli haigusega seotud krooniline valu. Kolm kuud pärast töötubade toimumist teatasid vanemad positiivseid muutusi valuhäirete ja valu aktsepteerimise osas. Arvestades, et tegemist oli väikese uuritavate hulgaga, on leiud ainult soovituslikud ning vaja oleks suuremahulisemaid uuringuid.

ACT-i on testitud ka kroonilise haiguseisunditega laste vanemate vanemliku sekkumise koolituse integreeritud osana. Austraalia uurimisrühm Whittingham, Sanders, McKinlay ja Boyd (2016) testisid ACT-i ja positiivse vanemluse programmi (PPP; Roberts et al., 2006) kombinatsiooni tserebraalparalüüsi diagnoosiga laste vanemate grupis. Võrdlusgrupid olid: ainult PPP kasutamine ja kontrollgrupp. Võrreldes kontrollrühmaga andis kombineeritud sekkumine vanematele suurema funktsionaalse jõudluse ja elukvaliteedi ning ainuüksi PPP-rühmaga võrreldes viis kombineeritud sekkumine depressiooni ja vanemate stressi vähenemiseni. Ka Brown jt. (2014) võrdlesid Austraalias ACT koos PPP-ga tserebraalparalüüsi diagnoosiga laste vanemate grupis võrreldes tavapärase sekkumisega. Autorid leidsid, et kuni 6-kuulise järelkontrolli järgselt olid sekkumisrühmas väikesed ja keskmise taseme muutused perekonna kohanemisel, vanemate distressi näitajates ja enesekindluse suurenemist käitumise juhtimisel. Kokkuvõttes lubavad need uuringute tulemused lubada, et ACT-meetod võib aidata kaasa vanemate kohanemisele oma laste pikaajalise tervises seisundiga.

Kokkuvõte

Ülevaatenähtu ACT-i rakendamise psühhosotsiaalsete väljakutsete osas, mida välimust mõjutavate seisunditega patsiendid ja nende pereliikmete hooldajad tavaliselt kogevad, oleme määratlenud patsientide rühma ja visandanud patsientide ja nende perekondade üldised psühhosotsiaalsed probleemid, andnud ülevaate ACT-ist, viidates erinevatele patsiendirühmadele ning esitasime kokkuvõtteks kõige asjakohasema olemasoleva teaduskirjanduse ülevaate. Kuna ACT-i kasutamise kohta kirjeldatud populatsioonis on tänaseks läbi viidud piiratud arvul sekkumisuuringuid, oleme järelduste tegemisel lähtunud peamiselt sotsiaalse ärevuse ja laiemalt kehakuvandi teemadest, et anda ülevaade tõendus põhise materjalist. Selle kirjanduse ülevaate taustal oleme püüdnud arvestada võimalike põhipunktide erinevusega, kuidas välimust mõjutavate seisunditega patsiendid võivad kogeda sotsiaalset ärevust ja kehakuvandiga rahulolematust ning pakkuda juhiseid selle kohta, kuidas ACT-i saab erinevatele valdkondadele kohandada.

Viited

- Appearance Research Collaboration. (2014). Appendix. In A Clarke, A.R. Thompson, E. Jenkinson, et al. *CBT for Appearance Anxiety: Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. (pp. 194-271) Oxford: Wiley.
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(4), 402-420.
- Benito, K. G., & Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 6, 147-157.
- Bessell, A., Clarke, A., Harcourt, D., Moss, T. P., & Rumsey, N. (2010). Incorporating user perspectives in the design of an online intervention tool for people with visible differences: Face IT. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 38(5), 577-596.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230- 241.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following paediatric acquired brain injury: a randomised controlled trial of Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1172-1183.
- Changing Faces (2019). Changing Faces Campaigns. Retrieved from <https://www.changingfaces.org.uk/campaign>
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., ... & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1034-1048.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*, 31(5), 543-568.
- Dalrymple, K. L., Morgan, T. A., Lipschitz, J. M., Martinez, J. H., Tepe, E., & Zimmerman, M. (2014). An integrated, acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: Preliminary results. *Behavior modification*, 38(4), 516-548.
- Dudek, J. E., Białaszek, W., & Ostaszewski, P. (2016). Quality of life in women with lipoedema: a contextual behavioral approach. *Quality of Life Research*, 25(2), 401-408.
- Feragen, K. B., Stock, N. M., & Kvaalem, I. L. (2015). Risk and protective factors at age 16: Psychological adjustment in children with a cleft lip and/or palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 52(5), 555-573.
- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374.
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes selfmanagement through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 1-16.
- Hamed, K., Giles, N., Anderson, J., Phillips, J. K., Dawson, L. F., Drummond, P., ... & Fear, M. W. (2011). Changes in cutaneous innervation in patients with chronic pain after burns. *Burns*, 37(4), 631-637.
- Harcourt, D., Hamlet, C., Feragen, K. B., Garcia-Lopez, L. J., Masnari, O., Mendes, J., ... & Stock, N. M. (2018). The provision of specialist psychosocial support for people with visible differences: A European survey. *Body image*, 25, 35-39.

- Hawkes, A. L., Chambers, S. K., Pakenham, K. I., Patrao, T. A., Baade, P. D., Lynch, B. M., ... & Courneya, K. S. (2013). Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 31(18), 2313-2321.
- Heath, J., Williamson, H., Williams, L., & Harcourt, D. (2018). Parent-perceived isolation and barriers to psychosocial support: a qualitative study to investigate how peer support might help parents of burn-injured children. *Scars, burns & healing*, 4.
- Hlongwa, P., & Rispel, L. C. (2018). "People look and ask lots of questions": caregivers' perceptions of healthcare provision and support for children born with cleft lip and palate. *BMC public health*, 18(1), 506.
- Jeffery, S. L., & Boorman, J. G. (2001). Patient satisfaction with cleft lip and palate services in a regional centre. *British journal of plastic surgery*, 54(3), 189-191.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 117-129.
- Kleve, L., & Robinson, E. (1999). A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns*, 25(7), 575-579.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 889-898.
- Kornhaber, R., Visetin, D., Thapa, D., West, S., McKittrick, A., Haik., J., & Cleary, M. (2018) Cosmetic camouflage improves quality of life among patients with skin disfigurement: A systematic review. *Body Image*, 27, 98-108.
- Mancuso, S. G. (2016). Body image inflexibility mediates the relationship between body image evaluation and maladaptive body image coping strategies. *Body Image*, 16, 28-31.
- Martin, S., Wolters, P. L., Toledo-Tamula, M. A., Schmitt, S. N., Baldwin, A., Starosta, A., ... & Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American journal of medical genetics Part A*, 170(6), 1462-1470.
- Michie, S. F., West, R., Campbell, R., Brown, J., & Gainforth, H. (2014). *ABC of behaviour change theories*. Silverback Publishing.
- Montgomery, K., Norman, P., Messenger, A. G., & Thompson, A. R. (2016). The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *British Journal of Dermatology*, 175(5), 930-936.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45(5), 664-677.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. R. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3), 397-416.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 180-193.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body image*, 1(1), 83-97.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. McGraw-Hill Education (UK).
- Ryan, S., Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2012). Facial disfigurement is treated like an infectious disease. *Evolution and Human Behavior*, 33(6), 639-646.

- Shepherd, L., Reynolds, D. P., Turner, A., O'Boyle, C. P., & Thompson, A. R. (2018). The role of psychological flexibility in appearance anxiety in people who have experienced a visible burn injury. *Burns*.
- Stock, N. Zucchelli, F., Hudson, N., Kiff, J., & Hammond, V. (In submission). Promoting Psychosocial Adjustment in Individuals Born with Cleft Lip and/or Palate and their Families: Current Clinical Practice in the United Kingdom
- Thompson, A. R., Kent, G., & Smith, J. A. (2002). Living with vitiligo: dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*, 7(2), 213-225.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779-787.
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., & Sorrell, J. T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and valuesbased action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 49-58.
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15(1), 101-113.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J., & Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social care and neurodisability*, 5(1), 29-40.
- Williamson, H., Hamlet, C., White, P., Marques, E. M., Cadogan, J., Perera, R., ... & Harcourt, D. (2016). Study protocol of the YP Face IT feasibility study: comparing an online psychosocial intervention versus treatment as usual for adolescents distressed by appearance-altering conditions/injuries. *BMJ open*, 6(10), e012423.
- Yadegari, L., Hashemiyan, K., & Abolmaali, K. (2014). Effect of acceptance and commitment therapy on young people with social anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge*, 2(8), 395.
- Zucchelli, F., Donnelly, O., Williamson, H., & Hooper, N. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for People Experiencing Appearance-Related Distress Associated with a Visible Difference: A Rationale and Review of Relevant Research. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 171-183.