

MEDITSIINILISE TÕENDUSPÕHISUSE HINNANG

Teenuse nimetus <i>märgitakse uuesti teenuse nimetus taotluses esitatud kujul.</i>	Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal
Taotluse number <i>märgitakse taotluse number, mis elektroonsel taotlusel on esitatud faili nime alguses numbrikombinatsioonina ning paber kandjal hindamiseks esitatud taotlusel on see lisatud taotluse paremasse ülaserva.</i>	1536
Kuupäev	25.04.2023

1. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

Teenuse „Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal“ taotluses on meditsiiniliste näidustustena toodud emotsionaalselt ebastabiilsed, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsiendid, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsiendid ja ennastkahjustavalt käituvad alaealised patsiendid. Esitatud meditsiinilised näidustused on õiged, asjakohased ja põhjendatud. Nagu taotluseski toodud kinnitab hiljutine metaanalüüs DKT sobivust ja tõhusust erinevate psüühikahäirete puhul esinevate emotsioonireguleerimise raskuste korral (1). Lisaks ebastabiilsele isiksushäirele on DKT osutunud sobivaks näiteks söömishäirete (2), sõltuvushäirete (3) ja posttraumaatilise stressihäire (4) korral, kus emotsionaalne ebastabiilsus ja enesekahjustamine võivad olla olulised säilitusmehhanismid.

Kõik taotluses toodud näidustused on adekvaatselt hinnatavad kliinilise intervjuu ja standardiseeritud uurimismeetoditega.

2. Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus

Emotsionaalselt ebastabiilse isiksushäirele on iseloomulik identiteedi ebakindlus, intensiivsed ja ebastabiilsed tunded, suheteprobleemid, impulsiivsus ja äärmuslik käitumine ning enesevigastamine ja suitsidaalsus. Paljudel juhtudel võivad need probleemid põhjustada tõsist elukvaliteedi langust ja vajavad professionaalset abi ning ravi. Nagu taotluses märgitud, on emotsionaalselt ebastabiilse isiksushäire ja noorukite enesevigastamise korral meditsiiniliseks probleemiks sage hospitaliseerimine suitsiidkatsete järgselt ja kaasnevate tüsistuste (haavade, vigastuste, mürgistuste jmt.) ravi.

Taotluses on adekvaatselt välja toodud Eestis kättesaadavad andmed diagnoositud ebastabiilse isiksushäire kohta.

Mujal tehtud uuringute põhjal on kliinilises kontekstis ebastabiilse isiksushäire esinemissagedus palju suurem kui populatsioonis. Ambulatoorsete psühhiaatriliste patsientide hulgas on seda häiret leitud ligikaudu 12% ning statsionaaris 22% (5).

Taotluses on näidatud, et F60.3 diagnoosiga täiskasvanud isikute kulud psühhiaatrilisele abile isiku kohta on oluliselt suuremad kui selle diagnoosita isikutel. Samuti on ennastvigastavate noorte kulud nii psühhiaatrias kui muus meditsiinis suuremad kui on ilma selle probleemita noortel.

Ka mujal tehtud uuringutes on ilmnunud, et enesevigastamine ja suitsiidikatsed toovad kaasa märkimisväärse meditsiinikulu. Nii oli näiteks Šveitsis tehtud uuringu järgi keskmine otsene ravikulu suitsiidikatsega patsiendi kohta 19165 CHF (6). USA populatsioonipõhine noorukite enesevigastamise uuring näitas, et võrreldes muude terviseprobleemidega patsientidega oli enesevigastamise korral EMO visiite 39% rohkem, hospitaliseerimisi 81% sagedamini ja haiglaravi kulud 21% suuremad. Kõik need näitajad olid ennastvigastavatel noortel mõnevõrra suuremad ka võrreldes muude psüühikahäiretega noorukitega. (7).

3. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

Taotluses esitatud artiklid DKT tulemuslikkuse kliiniliste uuringute kohta on otsitud PubMed-ist ja saadud Linehan Institute - Behavioural Tech poolt kogutud uuringutulemustest vahemikus 1991-2011.

Taotluses on põhjalikult esitatud kaks DKT tulemuslikkuse uuringut ennastvigastavate suitsidaalsete noorukite kohta ning kaks täiskasvanute uuringut. Kõik taotluses esitatud uuringud on asjakohased. Nendes uuringutes on DKT-d kasutatud samadel näidustustel, nagu on käesolevas taotluses esitatud meditsiinilised näidustused. Ühes noorukite uuringus (8) võrreldi DKT-d toetava teraapiaga (individuaalses ja grupivormis manuaali-põhine kliendikeskne teraapia) ja teises tõhustatud tavapärase raviga (9). Tulemused on korrektselt ja põhjalikult esitatud ning näitavad DKT tõhusust noorukite ennastkahjustava käitumise ja suitsidaalsuse vähendamisel võrreldes teiste raviviisidega (8, 9).

Ühes esitatud täiskasvanute uuringus (10) võrreldi DKT-d ekspertide poolt läbi viidud kogukonnapõhise raviga. Tulemused DKT tõhususe kohta on statistiliselt ja kliiniliselt olulised. Kuna taotluses pole toodud arvulisi andmeid, lisan need siia. DKT programmis osalenud sooritasid poole väiksema tõenäosusega suitsiidkatse (riskimäärade suhe (hazard ratio) = 2,66; $p = 0,005$), sattusid väiksema tõenäosusega haiglaravile suitsiidmõtete tõttu ($F(1,92) = 7.3$; $p = 0,004$) ning neil oli väiksem meditsiiniline risk arvestades suitsiidkatseid ja ennastkahjustavaid käitumisi kokku ($F(1,50) = 3.2$; $p = 0,04$). DKT programmis osalejad langesid väiksema tõenäosusega raviprogrammist välja (riskimäärade suhe = 3,2; $p < 0,001$), sattusid oluliselt vähem erakorralise meditsiini osakonda ($F(1,92) = 2,9$; $p = 0,04$) ning neil esines vähem hospitaliseerimisi ($F(1,92) = 6,0$; $p = 0,007$).

Teises täiskasvanute uuringus (11) kontrollgruppi ei olnud, aga selle uuringu väärtus ongi selles, et tegemist oli naturalistliku uuringuga, kus DKT tõhusust uuriti reaalses kliinilises töös. Kuna uuring viidi läbi Saksamaal, viitab see ka, et DKT on tõhusalt kasutatav väljaspool anglo-ameerika keele- ja kultuuriruumi.

Lisaks on allpool ühe hiljutise metaanalüüsi tulemused (12).

<p>Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>12 – 19 aastased ennastvigastava käitumisega noorukid 21 uuringut, 1673 noorukit, keskmine vanus 15,4 aastat, 82% naissoost. Randomiseeritud kontrollitud uuringuid (RKU) oli 5, kontrollitud kliinilisi uuringuid (KKU) oli 4 ning ülejäänud olid enne-pärast disainiga uuringud.</p>
<p>Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Dialektiline käitumisteraapia noorukitele (DKT-A)</p>
<p>Võrdlusravi <i>Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</i></p>	<p>Kõige sagedasem võrdlusgrupp RKU ja KKU korral oli tavapärane ravi.</p>
<p>Uuringu pikkus</p>	<p>Uuringud aastatel 2002 - 2020</p>
<p>Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Enesevigastamise episoodid ja suitsidaalsed mõtted. RKU ja KKU jaoks arvutati standardiseeritud keskmine erinevus (Hedges' g) DKT-A ja kontrollsekkumise vahel mõõdetuna sekkumiste järel. Enne-pärast uuringute jaoks arvutati standardiseeritud keskmine erinevus (Hedges' g), mille aluseks olid keskmised ja standardhälbed mõõdetuna enne ja pärast DKT-A sekkumist.</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>1. DKT koguefektiivsus võrreldes kontrollgrupiga enesevigastamise vähendamisel. Meta-analüüs näitas olulist gruppidevahelist erinevust ($g = -0,44$, 95% CI $-0,81$ kuni $-0,07$, $p = 0,021$), uurimustevaheline heterogeensus oli suur ($I^2 = 80,13\%$). Seega oli DKT-A mõju enesevigastamise vähendamisele võrreldes kontrollgrupiga väike kuni mõõdukas. 2. DKT-A koguefektiivsus võrreldes kontrollgrupiga suitsiidmõtete vähendamisel. Meta-analüüs näitas olulist gruppidevahelist erinevust. ($g = -0,31$, 95% CI $-0,52$ to $-0,09$, $p = 0,006$), mõõduka uurimustevahelise heterogeensususega ($I^2 = 44,05\%$). Seega oli DKT-A suitsiidmõtete vähendamisel võrreldes kontrollgrupiga mõõdukalt tõhus. 3. Enne-pärast uuringutes leitud isikusised</p>

	muutused enesevigastamises ja suitsiidimõtetes. Tulemustena leiti, DKT-A järel oli ravieelsega võrreldes nii enesevigastamise ($g = -0,98$), kui suitsiidimõtete vähenemine suur ($g = -1,16$). Kõik efektid olid statistiliselt olulised. Uuringutevaheline heterogeensus oli suitsiidimõtete korral mõõdukas ($I^2 = 54,58$) ja enesevigastamise korral väike kuni mõõdukas ($I^2 = 0,00$).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Muutused piirialase isiksushäire sümptomites
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Enne-pärast uuringutes leitud isikusised muutused piirialase isiksushäire sümptomites olid suured ja statistiliselt olulised ($g = -0,97$). Lisaks leiti, et DKT-A pikem kestus seostus suitsiidimõtete suurema vähenemisega.

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi ohutuse kohta

On väga vähe DKT uuringuid, kus esitatakse andmeid kõrvaltoimete ja tüsistuste kohta. Nii leidis 2020 a. Cochrane süstemaatiline ülevaade piirialast tüüpi ebastabiilse isiksushäire psühhoteraapiast ainult ühe uuringu, kus vaadeldi ka DKT kõrvaltoimeid, ühtegi kõrvaltoimet ei leitud (13). Ühes bipolaarsele häirele kohandatud DKT uuringus leiti, et raviprogrammil tõsiseid negatiivseid tagajärgi ei olnud (14).

5. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Kuna on piisavalt uuringuid raviviisi tulemuslikkuse kohta, siis maailmapraktika kogemust pole vaja lisada. Taotluses on esitatud lisaandmeid DKT programmi väärtuslikkuse kohta.

6. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

Päris sellist raviviisi, mis oleks mõeldud spetsiifiliselt emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide raviks Eestis ei ole. Ka mujal maailmas on selliste patsientide jaoks vähe DKT-taolisi kompleksseid raviprogramme, kus lisaks individuaalsetele ja grupisekkumistele olemas patsientide toetus telefonikonsultatsioonide näol ning terapeutide toetus igapäevaste meeskonnakohtumiste näol. Taotluses on kohaselt välja toodud, et meie tingimustes on alternatiiviks psühhoteraapia teenus (7601), mis ei ole ühegi teraapiakoolkonna spetsiifiline ja mille raames võib pakkuda konkreetset teraapiat nagu näiteks kognitiiv-käitumisteraapia, skeemiteraapia jne. või ka üldisemat

psühhoteraapiat näiteks toetava psühhoteraapia näol. Seega võib see alternatiiv olla väga erineva sisuga ning erineval määral sobida emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide raviks. Taotluses on tabelis 5.1 alternatiivide all nimetatud ka „Sisehaiguste voodipäev” ja „Tahtest olenematu ravi voodipäev”, mis ei ole DKT sisulised alternatiivid, küll aga võivad olla alternatiivse ravi korral tõenäosemad ravivajadused. Komplekssuselt kõige lähemal DKT-le on mentaliseerimisel põhinev teraapia (MPT), mis on mõeldud isiksushäirete raviks ning sisaldab nii individuaalseid kui grupisekkumisi ja peegeldavat meeskonda. Emotsionaalselt ebastabiilse isiksushäire ravis on MPT uuringute järgi efektiivsuselt DKT-ga enam-vähem võrdne (15). Samas pole teada, et MPT oleks Eestis kättesaadav emotsionaalselt ebastabiilsete, suitsidaalsete ja ennastvigastavate patsientide raviks.

7. Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes

Taotluses on toodud andmed kolme Euroopa ravijuhendi kohta, mis soovitavad DKT-d piirialase isiksushäire ning laste ja noorukite ravis, kellel on olulised raskused emotsioonide reguleerimisega ning kel esineb ennastkahjustavat käitumist. Esitatud ravijuhendid on asjakohased. Kõik toodud ravijuhendid on hea tõendus põhiseadusega.

Lisaks taotluses toodule on DKT-d soovitatud piirialast tüüpi ebastabiilse isiksushäire raviks ka Soome ravijuhendis (16). Selles juhendis on DKT kinnituseks toodud A-taseme tõendus põhiseadusega uuringud. Juhendi järgi võib tõhus olla ka kognitiivne teraapia, mentalisatsiooniteraapia ja ülekande-keskne (transference based) psühhoteraapia. DKT on selle juhendi kohaselt eelistatud häire varases staadiumis ning ka siis kui sümptomid on rasked, haiglaravi on sage või esineb ennastkahjustav käitumine.

Lastele ja noorukitele, kellel on tõsised raskused emotsioonide reguleerimisega ja sagedane enesevigastamine soovitab NICE 2022. aasta ravijuhend DKT-A kasutamist (17).

8. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

Taotluses on vajalikud tegevused ja ressursid põhjalikult kirjeldatud. Kirjeldused toetuvad nii DKT manuaalidele (18, 19) kui ilmselt ka koolitustes õpetatule ning läbiviimise kogemustele. Täpselt on kirjeldatud vajalikke eeltöid, patsientide kaasamist DKT-sse ja ravis sisalduvaid tegevusi. Taotluses toodud ajakulu ja osalevate spetsialistide arv ning kvalifikatsioon on põhjendatud ja vastab manuaalide soovitatule. Oskuste õppe jaoks vajalik ruum ja tarvikute vajadus on adekvaatselt hinnatud.

9. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

9.1. Tervishoiuteenuse osutaja:

Taotluses esitatu on asjakohane ja ammendav.

9.2. Tervishoiuteenuse osutamise tüüp:

Taotluses esitatu on asjakohane.

9.3. Raviarve eriala:

Taotluses esitatu on asjakohane.

9.4. Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks.

Taotluses on minimaalseks DKT kordade arvuks märgitud 15. DKT manuaalis soovitatud täiskasvanute ambulatoorse DKT täisprogrammi kestus on 24 nädalat (19). Minimaalne võiks olla 16-nädalane programm, mille tõhususe kohta on andmeid (20). On leitud, et ka lühemad DKT programmid võivad olla tõhusad, näiteks noorukitel 15-nädalane (21) ja täiskasvanutel 12-nädalane programm (22), aga need on juba kõvasti modifitseeritud.

9.5. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus.

Taotluses on kohaselt välja toodud, et DKT teenust osutavas asutuses on vajalik DKT meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid ja vaimse tervise õed. Teenuse osutajad vajavad kindlasti spetsiifilist väljaõpet DKT alal. Võimalik, et DKT läbiviijad vajavad pärast väljaõppe lõpetamist aegajalt edasist tööjuhendamist väljaspool oma meeskonda.

9.6. Teenuseosutaja valmisolek

Taotluses toodud kirjeldus on asjakohane. Lisaks on vajalikud taotluse 6. alajaotuses kirjeldatud tingimused ja vahendid. Praegu on Eestis olemas juba mitu DKT väljaõppe saanud meeskonda, kes on suutelised seda teenust osutama.

10. Teenuse osutamise kogemus Eestis

Teenuse osutamise kogemused Eestis on adekvaatselt esitatud. Lisaks taotluses toodule näitas Eesti esimese DKT oskuste treeningu grupi tulemuste analüüs, et võrreldes tavapärase raviga vähenes DKT grupis osalenud patsientide depressiivsus ja paranes emotsioonireguleerimine (23).

11. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

Taotluses esitatud prognoos DKT teenuse osutamise kohta on realistlik. Praegu sõltub teenuse osutamine vastava väljaõppe saanud meeskondade arvust. Selle kohta on raske midagi öelda, kui palju on tegelikult DKT-d vajavaid patsiente. Eestis ei

ole täpsemaid andmeid, kui palju võiks olla emotsioonireguleerimise raskustega ennastvigastavaid ja suitsiidiohtlikke inimesi. Statistikapõhiselt on küll võimalik hinnata tahtliku enesekahjustamise esinemist ja diagnoositud emotsionaalselt ebastabiilse isiksushäire esinemist. Samas statistilised andmed tõenäoliselt alahindavad nende probleemide esinemissagedust, nii on näiteks andmeid, et piirialast tüüpi emotsionaalselt ebastabiilset isiksushäiret häiret diagnoositakse vähem, kui seda tegelikult esineb (24).

12. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele

12.1. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule.

Taotluses esitatu on asjakohane.

12.2. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule.

Taotluses esitatu on asjakohane.

12.3. Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?

Taotluses esitatu on asjakohane.

12.4. Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega?

Taotluses esitatu on asjakohane.

12.5. Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

Lisaks taotluses toodud psühhiaatri ja/või vaimse tervise õe vastuvõttudele võivad patsiendid vajada ravimeid. Kuna ravimite määramine on väga individuaalne ning sõltub patsiendi ja häire spetsiifikast, siis neid ei saa siin konkreetselt välja tuua. Enne DKT algust on vaja patsiendi ettevalmistamiseks ja motiveerimiseks 1-4 individuaalset psühhoteraapia seansi ning 1-3 meeskonnaarutelu.

12.6. Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

Kui alternatiiviks pidada psühhoteraapia teenust (7601), siis sellele võib lisanduda grupiteraapia, pereteraapia, meeskonnaarutelud, mille arv võib suuresti varieeruda, samuti võivad vajalikud olla ravimid. Kui suitsidaalsust ja enesekahjustamist ravis adekvaatselt ei käsitleta on tõenäoline, et patsiendid satuvad suitsiidkatsete tõttu EMO-sse ja vajavad haiglaravi.

12.7. Tervishoiuteenuse mõju töövõimetusele

Eesti kohta vastavad andmed puuduvad. Ka mujal peaaegu pole uuritud DKT ja töövõime seoseid. Ühes uuringus leiti, et DKT järel vähenes töötavatel inimestel oluliselt töölt puudunud päevade arv ning vähenemine jätkus ka pärast DKT programmi lõppu (25).

13. Hinnang patsiendi omaosaluse põhjendatusele ja patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Patsiendi omaosalust ei rakendata, taotluses küll vastav informatsioon puudub.

14. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus

Teenuse väär- või liigkasutamine ei ole tõenäoline. Üks põhjus võib olla taotluses välja toodud piiratud ressurss. Olulisem põhjus on DKT-sse võetavate patsientide mitmeastmeline hindamine (vt. 6.1 taotluses), kus nii eelneva haigusloo kui patsiendiga kohtumiste põhjal hindab meeskond näidustuste olemasolu, patsiendi sobivust ja motivatsiooni.

15. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele

Taotluses patsiendi isikupära võimalikku mõju kajastatud ei ole. Ühes suure valimiga DKT uuringus (26) leiti, et paremat ravitulemust ennustas noorem vanus, tõsisemad emotsioonireguleerimise raskused, suuremad emotsionaalsetest probleemidest tingitud funktsioneerimispiirangud, töövõimetuse puudumine ja vähem enesehinnangulist valu. DKT programmis püsimist ennustas rohkem haridust ja kaasnev depressioon. Samas olid leitud seosed küllalt nõrgad ja autorite hinnangul polnud kliiniliselt olulised. Teised uuringud on samade tegurite osas leidnud vastukäivaid tulemusi. Kõige sagedamini on leitud, et ravieelne sümptomite raskus seostub parema ravitulemusega. Kokkuvõttes pole kindlat teadmist selle kohta, et patsiendi isikupära DKT tulemust mõjutaks.

16. Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

Nagu taotluses toodud, on vajalik tingimus DKT koolituse saanud meeskonna olemasolu raviasutuses.

17. Kokkuvõte

Dialekttilise käitumisteraapia teenust taotletakse emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsientide ja ennastkahjustavalt käituvate alaealiste patsientide raviks. Inimesele põhjustab emotsionaalne ebastabiilsus olulisi kannatusi ning tõsist elukvaliteedi langust, meditsiinisüsteemile aga märkimisväärset kulu. Eestis ei ole peale dialekttilise käitumisteraapia ühtegi raviviisi, mis oleks mõeldud

selliste probleemidega patsientide kompleksseks raviks. Uuringud on näidanud DKT tulemuslikkust võrreldes tavapärase raviga. DKT ohutust pole palju uuritud, aga olemasolev näitab, et raviprogrammil pole tõsiseid kõrvaltoimeid ega tüsistusi. Mitu Euroopa ravijuhendit soovivad DKT-d emotsionaalselt ebastabiilse isiksushäirega patsientide raviks ning lastele ja noorukitele, kellel on tõsised raskused emotsioonide reguleerimisega ja sagedane enesevigastamine. Selle tervishoiuteenuse kasutamise tingimuseks on DKT meeskonna olemasolu. Meeskonnaliikmetel peab olema DKT-spetsiifiline väljaõpe.

18. Kasutatud kirjandus

1. Delaquis CP, et al. Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;300,305-313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.062>
2. Lenz AS, et al. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling and Development*. 2014;92(1),26-35. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x>
3. Cavicchioli M, et al. Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2020;46(3),368-384. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411>
4. Bohus M, et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *Jama Psychiatry*. 2020;77(12),1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
5. Ellison WD, et al. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018;41(4),561-+. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
6. Czernin S, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*. 2012;142. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13648>
7. Goldman-Mellor S, et al. Emergency Department Use and Inpatient Admissions and Costs Among Adolescents With Deliberate Self-Harm: A Five-Year Follow-Up Study. *Psychiatric Services*. 2020;71(2),136-143. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900153>
8. McCauley E, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial (vol 75, pg 777, 2018). *Jama Psychiatry*. 2018;75(8),867-867. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2137>
9. Mehlum L, et al. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014;53(10),1082-1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

10. Linehan MM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(7),757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
11. Stiglmayr C, et al. Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1,20. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-20>
12. Kothgassner OD, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2021;51(7),1057-1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
13. Storebo OJ, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
14. Wright K, et al. Psychological therapy for mood instability within bipolar spectrum disorder: a randomised, controlled feasibility trial of a dialectical behaviour therapy-informed approach (the ThrIVE-B programme). *International Journal of Bipolar Disorders*. 2021;9(1),20. <https://doi.org/10.1186/s40345-021-00226-4>
15. Barnicot K, et al. Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*. 2022;95(1),212-233. <https://doi.org/10.1111/papt.12362>
16. Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viidatud 11.04.2023). www.kaypahoito.fi.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence [Internet]. [London]: NICE; 2022 [published 07 September 2022]. (NICE guideline [NG225]). Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng225.
18. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
19. Linehan MM. *DBT Skills Training Manual*. Second Edition. New York: Guilford Press; 2014.
20. Gillespie C, et al. Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting. *Child and Adolescent Mental Health*. 2019;24(3),266-273. <https://doi.org/10.1111/camh.12325>
21. Hastings SE, et al. Universal delivery of a dialectical behaviour therapy skills programme (DBT STEPS-A) for adolescents in a mainstream school: feasibility study. *Discover Psychology*. 2022;2(1),21. <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00021-x>
22. Seow LLY, et al. Outcomes of brief versions of Dialectical Behaviour Therapy for diagnostically heterogeneous groups in a routine care setting. *Psychotherapy Research*. 2022;32(2),179-194. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933240>

23. Aluoja A, et al. Changes in emotion regulation and mood during the dialectical behavior therapy (DBT) skills training: preliminary results. Abstract Book. 46th Congress of European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT); Stockholm 2016. p. 626.
24. Morgan TA, et al. Is borderline personality disorder underdiagnosed and bipolar disorder overdiagnosed? . In: Choi-Kain LW, Gunderson JG, editors. Borderline personality and mood disorders: Comorbidity and controversy: Springer; 2015. p. 65–78.
25. Wagner T, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. Behaviour Research and Therapy. 2014;61,12-22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.004>
26. Herzog P, et al. Drawing the borderline: Predicting treatment outcomes in patients with borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy. 2020;133. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103692>