

Piiritletud vanemlikkuse tehnika

Tartu Ülikool

Sotsiaalteaduste valdkond

Psühholoogia instituut

Kristel Kirs

Piiritletud vanemlikkuse (*limited reparenting*) tehnika skeemiteraapias.

Mis see on ja kuidas rakendada.

uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld –Tõrs

Läbiv pealkiri: Piiritletud vanemlikkuse tehnika.

Tartu 2022

Piiritletud vanemlikkuse (*limited reparenting*) tehnika skeemiteraapias:

Mis see on ja kuidas rakendada.

#### Lühikokkuvõte

Käesolevas töös uuriti piiritletud vanemlikkuse tehnika käsitlemist skeemiteraapias. Andmete kogumiseks kasutati kaheksat kirjandusallikat ja küsitlust nelja skeemiterapeudiga, mis sisaldasid teavet piiritletud vanemlikkuse tehnika kohta. Nii kirjandusallikatest kui küsitlustest pärit andmeid kategoriseeriti nelja rühma: definitsioon, näidustused, komponendid, piirangud ja ohud. Saadud andmeid analüüsiti ja võrreldi omavahel. Kahe andmestiku vahel leiti kattuvused tehnika üldise defineerimise ja tehnika komponentide üldiste faktorite osas. Suuremad erinevused ilmsesid sooses tehnika rakendamise piirangutega. Töö tulemuseks on ülevaade piiritletud vanemlikkuse tehnika olemusest ja rakendamisest skeemiteraapia mudelis.

Märksõnad: skeemiteraapia, terapeutiline liit, piiritletud vanemlikkus.

## The Technique of Schema Therapy- Limited Reparenting.

What it is and how to implement it.

### Abstract:

In the present study, the treatment of limited reparenting technique in schema therapy was investigated. Data were collected using eight literature sources and four interviews with schema therapists, that provided information on limited reparenting techniques. Data from both, literature sources and surveys, were categorized into four groups: definition, indications, components and limitation and risks. The obtained data were analyzed and compared. Overlaps were found between the two datasets in terms of the general definition of the technique and the general factors of the components of the technique. Differences between two datasets appeared mostly in the category of limitations and risks of the application of the technique. The result of the study is an overview of the nature and application of the technique of limited parenting in the model of schema therapy.

Keywords: schema therapy, therapeutic relationship, limited reparenting

## Sissejuhatus

Maailmas on üle 400 teadaoleva psühhoterapia mudeli, ja neid tekib pidevalt juurde. Muu hulgas luuakse integreeritud teraapiamudeleid, mille raames kombineeritakse erienvate olemasolevate mudelite põhimõtteid ja võtteid uueks sekkumisviisiks. Skeemiteraapia on üks sellistest mudelitest. Skeemiteraapiale ainulaadne on viis, kuidas ta seletab terapeutilise suhte rakendamist teraapiaprotsessis. Seda defineeritakse tehnikana ja nimetatakse piiritletud vanemlikkuseks (limited reparenting). Käesolev uurimistöo keskendub selle tehnika kontseptualiseerimisele teoorias ja praktikas.

Skeemiteraapiat on viimastel aastatel järjest rohkem kasutama hakatud pikaajaliste emotsionaalsete häirete ja isiksusepatoloogiate kontseptualiseerimiseks ja raviks (Bach et al., 2018). Selle töötas välja Jeffrey E. Young (1990) (Young et al., 2003) patsientidele, kes ei saanud abi ja lahendusi oma probleemidele klassikalisest kognitiiv-käitumuslikust teraapiast. Suuremal osal neist tulenesid probleemid lapsepõlve ebaturvalisest keskkonnast ja/või frustrerivatest kogemustest. Puudulik turvatunne, armastuse, aktsepteerimise ja autonoomia puudumine koostoimes bioloogiliste ja kultuuriliste faktoritega, viisid varajaste mittekohastumuslike skeemide väljakujunemiseni (Early Maladaptive Schemas). Nii tekkisid raskused emotsiooniregulatsioonis ja inimestevahelistes suhetes. See omakorda mõjutas negatiivselt ka psühhoterapia seansse - raskendades hea koostöösuhte loomist terapeudiga, põhjustades tugevate emotsionaalsete reaktsioonide vallandumist teraapias ja ebakohasete toimetulekustrateegiatega kasutamist (vältimine ja allaandmine) (Fassbinder et al., 2016).

Skeemiteraapia on multimodaalne, integratiivne psühhoterapeutiline lähenemine, mis sisaldab olulisi jooni kognitiivkäitumuslikust teraapiast, gestaltteraapiast, kiindumusteooriast ning ka konstruktivistlikest ja psühhodünaamilistest teooriatest (Van Vreeswijk et al. 2012, p. 182). Sellest saab rääkida kui transdiagnostilisest lähenemisest, mille põhiideeks on välja kujunenud varaste mittekohastumuslike skeemide korrigeerimine ja tervendamine. Igale patsiendile on võimalik leida just temale sobiv teraapiaviis, samas, on

välja töötatud ka kindlad, häirete põhised mudelid (nt. mudel piirialase isiksusehäirega patsientidele) (Gülüm et al., 2021).

Skeemiteraapia tehnikad saab jaotada kognitiivseteks, kogemuslikeks ja käitumuslikeks sekkumisteks. Nende abil on võimalik keskenduda nii elule väljaspool teraapiat, kui sündmustele, mis ilmnevad teraapiaseansil või minevikukogemustele (Van Vreeswijk et al.,

2012, p. 187). Kesksseteks mõisteteks on varased mittekohastumuslikud skeemid, toimetulekuviisid ja olekud (modes) (Fassbinder et al., 2016).

Kui rääkida skeemidest laiemalt, siis psühhoteraapias käsitletakse neid kui filtrid, läbi mille inimesed tõlgendavad oma maailma, iseennast ja suhteid teiste inimestga. Kognitiivsel tasandil võib neid pidada isiklikeks kogemusteks, mis talletatakse mällu juba varajases lapsepõlves. Tegemist on väga stabiilsete „kognitiivsete mustritega“, mis tulenevad kindlate reeglite alusel toimunud infotöötlusest ja viivad mingi automaatse käitumiseni (Louis et al., 2021).

Inimese hetkelist emotsionaalset ja kognitiiv-käitumuslikku seisundit kirjeldab skeemiteraapias termin „olek“. See on aktiveerunud skeemide ja toimetulekustrateegiate kombinatsioon. Olekud saab jagada nelja kategooriasse: 1) düsfunktsionaalne lapse olek (aktiveerub tugevate aversiivsete emotsioonide korral), 2) düsfunktsionaalne kriitiku olek (varasemalt vanema olek; peegeldab internaliseerunud enesekohaseid negatiivseid uskumusi), 3) düsfunktsionaalsed toimetuleku olekud: (alistumine, vältimine, ülekompanseerimine - aktiveeruvad emotsionaalse valu vältimiseks), 4) terved olekud – terve täiskasvanu ja terve õnnelik laps (Fassbinder et al., 2016).

Vastupidiselt skeemile, mis on jäik ja püsiv, võib „olek“ väga kiiresti muutuda (skeem - olek – seisund (Young et al., 2003). See kontseptsioon võimaldab nii terapeudil kui patsiendil aru saada mõnikord aset leidvatest kiiretest emotsioonide muutusest (Fassbinder et al., 2016). Juhtumite analüüsimisel on terapeudile abiks ka teadmine, et kui patsiendi käitumist ja/või emotsionaalset seisundit võib seostada erinevate skeemidega (ning ka iga skeem ise võib avalduda erinevates vormides), siis „oleku“ mudelis on iga jälgitav käitumine ja/või emotsionaalne seisund seostatud mingi kindla olekuga (Gülüm et al., 2021).

Iga psühhoteraapiat alustav klient siseneb suhtesse terapeudiga ja nende omavahelist koostööd teraapias nimetatakse terapeutiliseks liiduks (terapeutiline suhe, koostöösuhe). Terapeutilist liitu on kontseptuaalselt defineeritud kui koostöösuhet terapeudi ja kliendi vahel, mida paljud peavad eduka teraapia oluliseks aspektiks (APA Dictionary of Psychology, 2020). Kuigi erinevad teoreetikud on koostöösuhet kontseptualiseerinud mõnevõrra erinevalt, on enamik siiski arvamusel, et terapeutilise suhte tuumaks on konsensus ja koostöö teraapia eesmärkide osas ning emotsionaalne seotus kliendi-terapeudi vahel (Tryon et al., 2007). Elvin et al., (2008) on terapeutilisest suhtest kirjutanud kui mõistest, mis

viitab paljudele psühholoogilises ravis kasutatavatele interpersonaalsetele protsessidele, mida arvatakse toimivat paralleelselt (ja teoreetiliselt sõltumatult) konkreetselt käsitletava ravitehnikaga (Elvins et al., 2008).

Ajalooliselt ulatub liidu kontseptsioon (aga mitte termin ise) tagasi Freudi tööde keskperioodi, kus ta selgelt pidas oluliseks kliendi teadlikku seotust terapeudi isikuga (Flückiger et al., 2018), pidades ülekannet ja vastuülekannet (countertransference) raviprotsessi ja psühhoanalüütiliste muutuste põhiaspektideks (Elvins et al., 2008).

Psühhoanalüütikud Zetzel (1956) ja Greenson (1965) sõnastasid terapeutilise liidu olemust täielikumalt (Summers et al., 2003), rõhutades suhte sotsio-emotsionaalsete aspektide olulisust, eriti keeruliste ravijuhtude puhul (Hougaard, E. 1994). Greenson tegi vahet töötaval liidul (working alliance), mis on kliendi võime toime tulla analüütiliste ülesannetega ja terapeutilisel liidul, mis hõlmab terapeudi ja kliendi võimet kujundada omavaheline side (Flückiger et al., 2018).

Rogers'i tööd uurisid, empiiriliste meetodite rakendamist tingimustele, mida terapeut patsiendile pakub (empaatiavõime, lugupidamine, ehedus, usaldusväarsus) (Flückiger et al., 2018). Neid peeti terapeudi poolt pakutavateks ideaalseteks tingimusteks ning hiljem on selgunud, et need on ka kliendikeskse teraapia jaoks eriti olulised (Ardito et al., 2011).

Luborski (1976) pakkus välja liidu mõiste teoreetilise väljatöötamise ja terapeutilise liidu jagamise kahte eri tüüpi, mida ta seostas ravi erinevate faasidega (Ardito, R. B., & Rabellino, D. 2011). Esimene, kuhu kuulus kliendi kogemus terapeudilt vajaliku abi saamisel ja teine, mis sisaldas kliendi kogemust tööprotsessist seoses isiklike eesmärkidega (Elvins et al., 2008).

Borodin (1979) püüdis operatsionaliseerida terapeutilise liidu kontseptsiooni ja uuris, kuidas seda oleks psühhoteraapiates võimalik üldisemalt ja laiemalt rakendada (viidatud Summers et al., 2003). Ta töötas välja terapeutilise liidu määratluse, milles liidu tuuma moodustasid kokkulepped seoses ravi eesmärkidega (goals), konsensus teraapias vajalike ülesannete täitmiseks (tasks) ja side (bond) terapeudi ja kliendi vahel (Flückiger et al., 2018).

Lambert, et al. (2001) uurisid psühhoteraapia edukust mõjutavaid tegureid ja leidsid, et 30% sellest moodustavad üldised faktorid: empaatia, soojus ja terapeutiline liit

(ekstraterapeutilised tegurid 4%, teraapiatehnikad 15% ja ootustega seotud tegurid 15%) (Lambert et al., 2001).

Terapeutiline suhe on üks skeemiteraapia olulisematest elementidest. Seda peetakse siin ka heaks diagnostiliseks tehnikaks. Koostöösuhe võimaldab: 1) kliendi skeemide jälgimist, hindamist ja modifitseerimist ja 2) piiritletud vanemlikkuse rakendamist (Gülüm, et al., 2021).

Piiritletud vanemlikkust peetakse tihti skeemiteraapia “südameks” (Farrell et al., 2014, p. 11). Selle tehnika kontseptsioon sarnaneb korrigeeriva emotsionaalse kogemuse kontseptsioonile kuid piiritletud vanemlikkuse kontekst viitab kindlatele tegevustele, seoses kliendi varajaste mittekohastumuslike skeemide neutraliseerimise ja korrigeerimisega (Rafaeli et al., (2010, p. 71).

Varajased mittekohastumuslikud skeemid võib jagada viide rühma: 1) seotuse puudumine/tõrjutus 2) vähene autonoomia ja jõudlus 3) puudulikud piirid 4) teiste-poolne mõjutatus (other directedness) ja 5) liigne valvsus ja pärssimine (Masley et al., 2012). Iga rühm esindab olulist lapse põhivajaduslikku komponenti (Masley et al., 2012) ja läbi piiritletud vanemlikkuse aitab terapeut kliendil oma emotsionaalseid põhivajadusi mõista ning pakub tuge nende vajaduste katmise osas, teraapiale sobilikes piirides (Gülüm et al., 2021).

Emotsionaalsete põhivajaduste mõistmine ja see, kuidas neid vajadusi katta, ongi skeemiteraapias teraapiamudeli keskmeks, koosnedes omakorda mitmetest kihtidest. Esiolgu püütakse seostada “tänaheid” probleeme kliendi isiklike skeemide ja olekutega ning tuvastada nende võimalikku lapsepõlve päritolu (Heath et al., 2020, p. 76). Tihti on parimaks info allikaks tegelemine just suhete ja sündmustega, aga kasutada võib ka küsimustikke ja kujustamisharjutusi (Rafaeli et al., 2010, p. 72). Osa sellest protsessist hõlmab ka kliendi vanem-laps suhete mõistmist, kuidas see on mõjutanud kliendi sisemaailma ja kontaktide loomist teiste inimestega. Läbi vanem-laps suhte uurimise püüab terapeut mõista kliendi temperamenti ja lapsevanema iseloomu ning nende omavahelist koosmõju. Oluline on leida põhjused, miks vanem-lapse suhe ebaõnnestus just emotsionaalsete põhivajaduste katmise osas (Heath et al., 2020, p. 76).

Piiritletud vanemlikkuse rakendamisel on oluline nii terapeudi lähenemine kliendile kui ka sekkumise viis. Just neid koos peetakse “oleku” muutmise aktiivseteks komponentideks.

Skeemiterapeudi tegevuse teraapia vältel võiks läbivalt kokku võtta kui: ” teeb mida hea lapsevanem teeks”, pakkudes kliendile kaitstust, kinnitust ja lohutust, eesmärgiga luua aktiivne, toetav ja ehe koostöösuhe, mis kujundaks turvalise keskkonna haavatavuse ja emotsioonide väljendamiseks (Farrell et al., 2018, p. 23). Eriti hästi sobib see tehnika neile klientidele, kellel on aktiivsed emotsionaalse sideme puudumise ja tõrjutuse skeemid, kliendid kes on lapsepõlves kogunud väärkohtlemist, hüljatust ja emotsionaalset deprivatsiooni (Johns, L. 2005, p. 201).

Tugeva vanemliku toetuse pakkumine on näidustatud teraapaseansside alguses kuna kliendi terve täiskasvanu olek on varajaste mittekohastumuslike skeemide olemasolu tõttu välja kujunemata ja klient on tihti erinevates lapse olekutes. Hilisemalt, kui terve täiskasvanu olek on tugevamalt väljendunud, saab terapeutist nõ. nooruki vanem, kuni lõpuks täiskasvanu tugiisik. Aja jooksul kasvatab terapeutilise suhte kaudu saadud kogemus inimese võimekust oma vajaduste katmisega ise efektiivselt toime tulla, saavutada autonoomsus ja terved interpersonaalsed suhted (Farrell et al., 2014, p. 11).

Terapeutidel, kes nõ.taaskasvatavad oma kliente, on oluline meeles pidada, et piiritletud vanemlikkuse tehnika ei tähenda patsientide skeemide aktiveerumise vältimist vaid skeemidega töötamist hetkel kui nad vallanduvad. Terapeut kasutab skeemi aktiveerumist selleks, et maksimeerida patsiendi potentsiaali psühholoogiliselt kasvada (Johns, L. 2005, p. 202).

Selline lähenemine kliendi vajaduste suhtes omab tugevat kontrasti teiste teraapiamudelitega, kus tihti kiirustatakse klienti oma põhivajadustega ise toime tulema. Skeemiteraapia hindab kliendi terve täiskasvanu oleku tugevust ja läbi piiritletud vanemlikkuse tehnika püüab täita neid tühimikke, mis on tekkinud emotsionaalsete vajaduste teadvustamise osas, seoses puuduliku varajase emotsionaalse õppimisega (Farrell et al., 2014, p. 11).

Piiritletud vanemlikkuse tehnikat saab rakendada nii individual- kui grupiteraapias. Vanemlikkuse rakendamine grupis nõuab mõningaid ümberkohandusi võrreldes individuaalteraapiaga. Skeemiterapeudi kaks peamist ülesannet mõlema teraapiavormi korral on luua side ja turvaline keskkond. Kui individuaalteraapias on rõhk eelkõige sideme loomisel kliendiga, siis grupiteraapias keskendutakse tugevalt kuuluvuse tekitamisele grupi liikmete vahel. Viimast tekitab sarnaste lapsepõlvkogemuste ja

probleemide jagamine. Aja jooksul võib kuuluvustunne laieneda ja isiklikest, jagatud emotsionaalsetest kogemustest tekivad jagatud mälestused (Farrell et al., 2014, p. 15).

Grupiteraapias tuleb terapeutil keskenduda grupile ja tasakaalustada selle vajadused nagu teeks lapsevanem perekonnas, õdede-vendade olemasolul. See pakub paljude jaoks autentsema kasvukeskkonna mudeli (kui just klient pole olnud pere ainuke laps) ja võimaldab seeläbi skeemidel paremini terveneda. Grupiteraapias tegelevad grupi vajaduste tasakaalustamisega nii terapeut kui grupp ise (Farrell et al., 2014, p. 15).

Piiride kehtestamine nii individuaal - kui grupiteraapias on ülioluline ja üks terapeutide ülesannetest. Seoses grupis tekkivate võimalike konfliktiolukordadega on eriti oluline reeglite kehtestamine ja nende range järgimine. Seatakse füüsilised piirangud, nõutakse austust teiste grupi liikmete suhtes ja teraapiale pühendumist. Terapeut lahendab konfliktsed situatsioonid ja peatab igasuguse negatiivse rünnaku kellegi suhtes. Väga oluline on konflikti lahendamine just teraapia varajastes etappides. Grupp annab ka väga hea võimaluse õppida probleemilahendusoskust terapeudi juhtimisel (Farrell et al., 2014, p. 15).

Kuigi skeemiteraapiat rakendatakse nii individuaal, paari-kui ka grupiteraapiana, keskendub käesolev töö piiritletud vanemlikkuse tehnika kasutamisele individuaalteraapias.

Käesoleva uurimuse eesmärk on selgitada piiritletud vanemlikkuse tehnika käsitlust skeemiteraapias, täpsemalt kirjeldada, kuidas seda tehnikat konseptualiseeritakse ja kas kirjanduses levinud seletus ühtib spetsialistide praktilise arusaamaga sellest. Uuritavateks kategooriateks valiti piiritletud vanemlikkuse tehnika definitsioon, näidused, komponendid ja piirangud ja ohud. Teostatakse saadud andmete omavaheline võrdlus ja analüüs.

## **Empiiriline osa**

### **Meetod**

Andmed koguti kahes osas. Viidi läbi kirjandusallikate otsing, eesmärgiga leida allikad – raamatupeatükid ja teadusartiklid - kus on mainitud piiritletud vanemlikkuse tehnikat. Otsingu märksõnaks oli “limited reparenting” ja “schema therapy”. Leiti 16 allikat, millest uuringusse kaasati 8. Valik tehti selle alusel, kas allikas oli pikemalt tehnikat kirjeldatud. Välja jäeti need allikad, kus terminit oli vaid nimetatud, kuid mitte seletatud.

Teiseks viidi läbi kirjalik küsitlus skeemiterapeutidega, Tegemist on sihipärase valimiga, kuhu kaasati spetsialistid järgmiste kriteeriumite alusel: skeemiteraapia väljaõpe, psühhoteraapia alane pikaajaline kogemus, esindab väljaõppe poolest lisaks skeemiteraapiale erinevaid psühhoteraapia koolkondi (kognitiiv-käitumisteraapia, grupianalüüs, eksistentsiaalne psühhoteraapia, pereteraapia). Lisaks peeti silmas, et kaasatud oleksid nii psühholoogia kui psühhiaatria valdkonna esindajad. Uuringusse kutse saadeti 8-le spetsialistile, kellest vastas küsitlusele 4. Vastajad olid kõik psühholoogid. Küsitlus koosnes viiest küsimusest, millele vastamisel paluti mitte kasutada materjale.

Nii kirjandusallikatest kui küsitlustest pärit andmeid kategoriseeriti nelja rühma: definitsioon, näidustused, komponendid, piirangud ja ohud. Tulemused on esitatud kategooriate kaupa. Andmed analüüsiti sisuanalüüsi meetodil, kusjuures kategooriad loodi ette. Samu kategooriaid rakendati nii kirjandusallikatest kui küsitlusest kogutud andmete puhul.

### **Tulemused ja arutelu:**

#### **Tehnika kirjeldus kirjanduses**

Andmeanalüüs teostati 8 kirjandusallika alusel. Kõigepealt loodi kategooriad, mille alusel andmeid töödelda. Kokku moodustati 4 kategooriat: mõiste definitsioon, näidustused, tehnika komponendid ning piirangud ja ohud. Seejärel kohaldati neid kategooriaid kogutud andmetele. Selle tulemusel moodustus andmemassiiv. Kirjandusallikad on kodeeritud vastavalt [1]....[8] ja välja toodud Lisas 1.

#### **Definitsioon**

Tehnika definitsiooni kategoorias ilmnes 7 erinevat vastust, mis on ära toodud tabelis 1 (lisa 2). Kõik välja toodud 8 kirjandusallikat kinnitavad, et piiritletud vanemlikkus on koostöösuhe kliendi ja terapeudi vahel, tehnika nende vahelise emotsionaalse sideme loomiseks. Viis allikat toovad välja, et terapeudi jaoks tähendab see vanemalaadse toe pakkumist kliendile. Piiritletud vanemlikkuse rakendamine aitab välja selgitada ja võimalusel ka täita ja korrigeerida, kliendi varajases nooruses katmata jäänud emotsionaalseid vajadusi. Oluline on nendest vajadustest aru saada, neid kinnitada ja luua keskkond, mis võimaldaks kliendil tunda end nähtava ja aktsepteerituna.

Kolm allikat viitavad definitsioonis tehnika kahe komponentsusele, millest üks on terapeudi lähenemisviis kliendile (nõ. emotsionaalse turvatunde loomine) ja teine, kliendi "olekute" muutmine, läbi korrigeeriva emotsionaalse kogemuse pakkumise, uute käitumismustrite kujundamise ja ebatõhusate toimetulekustiilide asendamisega. Kaks neist viitavad ka kliendi erinevates düsfunktsionaalse lapse olekutes peituvatele põhivajadustele, läbi mille terapeut pakub kliendile korrigeerivat emotsionaalset kogemust. Üks allikas märkis definitsioonis ära ka järjekindluse kui koostöösuhte olulise komponendi. Oskusliku piiride kehtestamise terapeutilisele koostöösuhtele tõi välja kuus allikat.

### **Näidustused**

Tehnika näidustuste kategoorias ilmnes 5 erinevat vastust, need on ära toodud tabelis 2 (lisa2). Näidustusi piiritletud vanemlikkuse rakendamiseks on mitmeid. Kuuel korral leidsid ära märkimist isiksusehäiretega kliendid (piirialane isiksusehäire, natsissistid), neljal korral tõsiste emotsionaalsete häiretega kliendid ja kaks allikat toob välja ka komplekstraumadega kliendid. Nende kõikide lapse olek aktiveerub väga sageli ja seetõttu on nende terved toimetulekumehhanismid välja kujunemata. Lisaks ülalmainitule, on näidustuseks ka krooniliste vaimsete probleemidega inimesed, kelle ravi teiste teraapiavõtetega pole andnud soovitud tulemusi (nt söömishäired, depressioon) ja ka muud kliendid kelle emotsionaalsed vajadused on jäänud lapsepõlves katmata. Üks allikas peab tehnika rakendamise näidustuseks nii kliendi konkreetsete skeemide olemasolu (nt. emotsionaalse tõrjutuse ja väärkohtlemisskeemidega kliendid) kui ka ka kliendi vajadust arendada endas oskusi seoses isikliku autonoomia saavutamisega, oskusi realistlikke piiride kehtestada, arendada eneseväljendusoskusi, retsiprooksust ja spontaansust. Teraapia on näidustatud ka klientidele, kellel on vaja ravida mingisugustele häiretele iseloomulikke kroonilisi aspekte nt. depression, ärevus, söömishäired, probleemid paarisuhtes ja raskused hoida suhteid üldiselt.

### **Komponendid**

Tehnika komponentide kategoorias ilmnes 7 erinevat vastust, mis on ära toodud tabelis 3 (lisa2). Teraapia algfaasis on terapeudil vaja kõigepealt hinnata kliendi taaskasvatamise vajadusi. Selle on välja toonud 4 allikat. Üks allikas nimetab seda terve täiskasvanu oleku tugevuse hindamiseks. Seda on võimalik teha läbi kliendi lapsepõlvemälestuste kirja panemise, küsimustike täitmise või kujustamisharjutuste kaudu. Üks allikas toob välja ka

kliendi lapsevanem – laps suhte uurimise, et aru saada kuidas see on kujundanud kliendi sisemaailma ja milline on selle mõju praegustele suhetele. Infot kliendi olemasolevate skeemide kohta annab ka kliendi käitumise jälgimine teraapias. Lisaks kliendi skeemide tuvastamisele on terapeudi jaoks oluline mõista, mida ta ise kokkupuutes kliendiga tajub (milliseid mõtteid, tundeid ja käitumist klient esile kutsub), et vältida enda võimalike skeemide aktiveerumist koostöö ajal.

Piiritletud vanemlikkuse struktureerimine algab esimesest visiidist, kus terapeut keskendub turvalise seotuse loomisele kliendiga. Kaks allikat märgivad, et terapeut püüab selleks luua aktiivse, sooja, toetava ja eheda suhte, mis tekitaks kliendile turvalise keskkonna haavatavuse ja emotsioonide väljendamiseks.

Teraapiapiiride kehtestamise olulisuse toovad välja neli allikat. Üks allikas leiab, et piiritletud vanemlikkuse rakendamine klientidele, kelle haavatud lapse olek on tihti aktiivne, vajavad terapeudilt palju lohutust, rahustamist ja kinnitusi, ning seetõttu peavad nii tehnika ise kui ka selle piirid olema kliendile hästi selgeks tehtud.

Kolm kirjandusallikat märgivad, et varajasse teraapiafaasi kuulub ka terapeudi poolne kliendi juhendamine, kuidas toime tulla intensiivsete ja tugevate emotsioonidega. Üks allikas märgib ära, et terapeudil tuleb arvestada kliendi taluvuspiire seoses emotsionaalse õppimisega ja toob selleks välja ka konkreetsed terapeudi poolsed tegutsemisvõimalused: kas kliendile on turvalisem vaadelda toimunud sündmusi distantsilt või saab emotsioone rahustada kui terapeut hoiab klienti emotsionaalselt aktiivsena (säilitades kliendiga emotsionaalse kontakti ja tekitades kliendis tunde, et teda märgatakse ja aktsepteeritakse tingimusteta), võimaldades kliendil toimuvat ise kogeda. Terapeudi poolsed avatud küsimused kutsuvad klienti ise aktiivselt protsessis osalema ja lisavad juurde ka mentaliseerimise.

Terapeudi poolsed tegevused kliendi aktiveerunud skeemide ja olekute korral: Üks allikas toob välja, et terapeudi soe ja autentne suhtumine klienti peab olema tasakaalus aktiivsuse ja eesmärgipärase tegevusega, toetavast häälestusest kuni jõuliste piiride kehtestamiseni.

Otsesed skeemide ja olekute seotus terapeudi poolsed toodi välja 3 kirjandusallikapoolt.

Kaks allikat kirjeldavad terapeudi tegevusi piiritletud vanemlikkuse rakendamisel düsfunktsionaalse lapse olekute korral, kus haavatud lapse olek vajab pigem lohutamist, rahustamist, empaatia väljendamist, vihase lapse oleku korral tuleb tegeleda kliendi tugevate

emotsionaalsete reaktsioonidega ( õpetades viha ohutult ventileerima ja tugevate tunnetega toime tulema) ja väljakujunemata õnneliku lapse olek saab toetatud läbi selle, et terapeut pakub rõõmu, naeratab, soodustab mängulisust.

Üks allikas toob välja kõik 18 ebakohast skeemi ja kirjeldab, milliseid taaskasvatamise strateegiaid terapeut nende avaldumise korral peaks rakendama. Need strateegiad võtavad arvesse toimetulekustiile, mis tüüpiliselt erinevaid skeeme iseloomustavad.

Üks allikas toob välja positiivse vanemlikkuse mustri kontseptsiooni (Positive Parenting Patterns), mis loob terapeudi jaoks kasuliku raamistiku piiritletud vanemlikkuse rakendamiseks.

Kolm allikat on lisaks välja toonud olulisi terapeudi isikuomadusi: empaatilisus, võime kliendi hingeelu mõista ja aktsepteerida paindlikkus, võime taluda ja ohjeldada kliendi tugevaid emotsioone, võime olla soe ja kinnitav, oskus säilitada realistlikud ootused, vajadusel olla rõõmus ja mänguline.

### **Piirangud ja ohud**

Tehnika kategoorias piirangud ja ohud ilmnes 4 erinevat vastust, mis on ära toodud tabelis 4 (lisa 2). Kaks kirjandusallikat märgib, et skeemiteraapiat ei rakendata akuutsete psühhiaatriliste seisunditega klientidele nt. sügav depressioon, korduvad paanikahood, aktiivne psühhoos, mõõdukas kuni raske krooniline alkoholi ja narkootikumide tarbimine. Üks allikas kirjeldab taaskasvatamise piiranguid seoses piirialase isiksushäirega, kus teraapiat takistab kliendi suitsidaalne või ennast vigastav käitumine, teraapiaseanssidelt puudumine, kokkulepete eiramine, agressiivne käitumine terapeudi suhtes.

Ühe kirjandusallika poolt märgiti ära terapeudi jaoks ilmnevad raskused seoses varajaste mittekohastumuslike skeemidega (toodi eraldi välja kõik 18 skeemi nt. pidev kindlustunde otsimine, seansside vahel helistamine (hülgamisskeem) või patsient ei luba terapeudil teha märkmeid seansi kohta (usaldamatuse skeem).

Viis piiritletud vanemlikkuse tehnikat kirjeldavat kirjandusallikad toovad üheks terapeutilist koostööd raskendavaks asjaoluks terapeudi enda skeemide aktiveerumise. Aktiveerunud skeemist annab tunnistust kas kliendi poolne terapeudi piiride ületamine (klient käitub lugupidamatult ja solvavalt) või on terapeut kliendiga agressiivne ja vihane. Leathy (2001)

tuvastas terapeutide seas levinumad aktiveeruma kippuvad skeemid ja tema uuringud kinnitasid, et nendeks on: emotsionaalne deprivatsioon, eneseohverdus ja järeleandmatus standardites. Üks kirjandusallikas toob välja üheksa võimalikku oleku paari (mode cycles) terapeutilises koostöös, mis põhinevad nendel kolmel toimetulekustiili kombinatsioonil ja kirjeldavad, milline on nende negatiivne mõju teraapiale üldiselt.

### **Skeemiteraapiat praktiseerivate psühhoterapeutide kogemus.**

Piiritletud vanemlikkuse tehnika uurimiseks küsitleti ka nelja skeemiteraapia terapeuti. Terapeudid on kodeeritud vastavalt: terapeut T[1] –skeemiteraapia rakendamise kogemus 4 aastat, terapeut T[2]- skeemiteraapia rakendamise kogemus 5 aastat, terapeut [T3]-skeemiteraapia rakendamise kogemus 5 aastat ja terapeut T[4]- skeemiteraapia rakendamise kogemus 5 aastat.

Kõigile esitati kirjalikus vormis küsimused, mis olid analoogsed kirjandusallikate analüüsiks koostatud kategooriatega (definiitsioon, näidustused, komponendid ja piirangud/ohud). Andmed terapeutidelt saadud vastustest on tutvumiseks saadaval töö autorilt. (vt lisa 3).

### **Definiitsioon**

Tehnika kategoorias definiitsioon esines 6 erinevat vastust, mis on ära toodud tabelis 5 (lisa 3). Üks vastaja toob välja, et piiritletud vanemlikkuse puhul on tegemist tehnikate kogumikuga, mis on fokuseeritud hea lapsevanem olemisele lapse konkreetses hetkes tekkivate vajaduste suhtes. Seda, et oteseselt on tegemist vanemalaadse rolliga toob välja 1 terapeut.

Neli vastajat defineerivad piiritletud vanemlikkust kui tehnikat, mille kaudud, toimub kliendi emotsionaalsete vajaduste väljaselgitamine, katmine või korrigeerimine. Kõik neli vastajat toovad välja, et tegemist on koostööga kliendi ja terapeudi vahel kus on oluline ka teraapiapiiride kehtestamine. See, et teraapiaprotsessis toimub kliendi terve täiskasvanu oleku tekkimiseks vajalike oskuste õpetamine, kajastub ühe vastaja definiitsioonis ja üks vastaja defineerib piiritletud vanemlikkust kui tehnikat, mille abil on võimalik korrigeerida kliendi lapsepõlves internaliseerunud düsfunktsionaalse vanema olekuid.

## Näidustus

Tehnika näidustuste kategoorias esines 3 erinevat vastust mis on ära toodud tabelis 6 (lisa 3). Kolm vastajat toovad välja, et piiritletud vanemlikkuse tehnikat rakendatakse läbivalt igas teraapia etapis. Üks vastaja märgib, et kõige olulisem on see teraapia algaasis kui kliendi terve täiskasvanu olek on välja kujunemata.

Konkreetsete skeemide ja olekutega seotud kolm näidustust tuuakse välja ühe vastaja poolt. Need on: a) näidustused mis on seotud kas düsfunktsionaalsete lapse ja/või vanema olekute korrigeerimisega, b) patoloogiaga, mis vajab korrigeerimiseks terapeudi asetumist (uue, korrigeeriva) arengulise objekti rolli või c) erinevate skeemi valdkondade aluseks olevate eelduste korrigeerimisega.

## Komponendid

Tehnika komponentide kategoorias esines 5 erinevat vastest, mis on ära toodud tabelis 7 (lisa 3). Üks vastaja tõi välja hea lapsevanema oskuste mudeldamise. Emotsionaalsete vajaduste välja selgitamine teraapia algaasis märgiti ära ühe vastaja poolt. Neli vastajat kirjeldasid ühe komponendina turvalise emotsionaalse sideme loomist kliendiga, seda läbi katmata emotsionaalsete vajaduste täitmise, teraapiaseansil üles kerkinud emotsioonide korral kliendi mõistmise, valideerimise, lohutamise, väärtustamise. Oluline on empaatiline tähelepanelikkus, emotsionaalsete vajaduste ja -vastuste normaliseerimine ja valideerimine. Teraapiavälise kontakti olulisus emotsionaalse sideme loomisel (nt. kliendi sünnipäeval õnnitluse saatmine) leiab ära märkimist ühe vastaja poolt. Kaks terapeuti tõi välja ka vajadusel empaatiliselt piiride seadmise.

Piiritletud vanemlikkuse aspekt toetamaks teisi teraapiatehnikaid leidis ära märkimist kahe vastaja poolt. Nt. kujutlustehnikate korral minevikuolukorda sisenedes on terapeut kas ise hooliv lapsevanem ja vastab seal patsiendi "vajadustele" või juhendab terapeut klienti ise sisenema minevikuolukorda, et pakkuda kliendile uut kogemust, kus tema enda "terve täiskasvanu" vastab lapseoleku vajadustele. Piiritletud vanemlikkuse aspekt on oluline ka nt. rollimängudes, toolitehnikas. Üks vastaja aga märgib, et piiritletud vanemlikkuse tehnika rakendamine on oluline kõikides nendes aspektidest, mis korrigeerivad düsfunktsionaalseid, toetavad ja/või mudeldavad funktsionaalsete lapse, vanema ja/või toimetuleku olekute kujunemisi.

## **Piirangud ja ohud**

Piirangud ja ohud kategoorias esines 6 erinevat vastust, mis on ära toodud tabelis 8 (lisa 3). Seoses tehnika piirangutega leidis üks vastajatest, et probleemiks võib kujuneda piiratud ajaline ressurss (kliendi poolne), kuna suhtetehnika rakendamine eeldab pikemaajalist terapeutilist suhet.

Üks vastaja märkis, et näidustuste osas ta ühtegi piirangut välja ei tooks küll aga, teatud isiksusejoontega klientide puhul (nartsissistid, psühhopaatiliste joontega isiksused) võib ülemäärane valideerimine anda tulemuseks veelgi suurema ülekompenseerimise. Üks vastaja toob välja võimaluse sõltuvussuhte tekkimiseks: kas siis klient jääb ootama hoolitsust terapeudilt ja ei hakka selle kaudu arendama enda tervet täiskasvanu olekut, kliendil tekib veendumus, et terapeut peabki kogu aeg talle sellist hoolitsust pakkuma (juurdub nõudlikkuse/granioossuse skeem) või sügava hüljatuse skeemi tõttu kiindub klientterapeuti, mis võib tuua kaasa terapeudi ahistamise riski.

Kaks terapeuti märgivad, et teraapias on oluline enda piiridega arvestamine, et vältida emotsionaalset ülekoormatust ja läbipõlemist ja üks vastaja näeb probleemi kohta terapeudi enda skeemide aktiveerumises. Kui terapeut enese lapse ja vanema dünaamilisi aspekte ei mõista on vastuülekande reaktsioonidest tulenevalt oht patsiendi düsfunktsionaalsete lapse ja/või vanema olekute kinnitamiseks.

## **Tehnika käsitlemise võrdlus kirjandusallikate ja terapeutide kogemuse põhjal.**

Piiritletud vanemlikkuse defineerimisel osutusid läbivateks väideteks (nii kirjandusallikates kui terapeudidel), koostöösuhe kliendi ja terapeudi vahel (8 kirjandusallikat ja 4 terapeuti), vanemliku toe pakkumine (5 kirjandusallikat ja 3 terapeuti) sobilikus terapeutilise suhte piirides (6 kirjandusallikat ja 4 terapeuti), eesmärgiga välja selgitada, katta või korrigeerida kliendi emotsionaalseid kogemusi (3 kirjandusallikat ja 4 terapeuti). Kolm kirjandusallikat kasutavad emotsionaalse kogemuse väljaselgitamise, täitmise või korrigeerimise asemel skeemidele viitavat sõnastust, mille puhul piiritletud vanemlikkuse tehnika kaudu toimub kliendi aktiveerunud skeemide ja olekute väljaselgitamine ja muutmine. Sisuliselt see definitsioonis midagi ei muuda, sest tehnika põhirõhk teraapias on ikkagi kliendile korrigeeriva kogemuse tekitamine.

Näidustuste kategoorias kahe andmestiku vahel sõna-sõnalisi kattuvusi ei ilmnenu. Kirjandusallikad tõid välja konkreetsed sihtgrupid piiritletud vanemlikkuse rakendamiseks kuid terapeudid ühelegi kindlale häirele tähelepanu ei juhtinud, märkides, et piiritletud vanemlikkuse tehnikat saab kasutada alati ja igasuguste vaimsete probleemide korral st. kõigile, kes teraapiasse pöörduvad ja kelle terve täiskasvanu olek on välja kujunemata. Selle põhjuseks võib olla ka tõsiasi, et enamus uurimistöös kasutatud kirjandusallikatest on skeemiteraapia käsiraamatud ja kirjeldavad teraapia rakendamist just erinevate häirete kontekstis. Terapeudid aga, kes igapäevaselt teraapiaid läbi viivad, märgivad näidustustest rääkides pigem mittekohastumuslikke skeeme ja tehnika rakendamist läbivalt, teraapia algusest lõpuni.

Tehnika komponentide osas saame rääkida üldistest ja skeemide ning olekutega seotud komponentidest. Kui üldised komponendid leidsid kajastamist mõlemates andmestikes, siis skeemide ja olekutega seotud tegevusi kajastasid pigem kirjandusallikad, põhjuseks ilmselt jällegi konkreetse allika suunatus kindlatele häiretele ja nendega seonduvatele skeemidele ja olekutele.

Üldiste komponentide osas langesid saadud tulemused kokku selliste tehnika komponentide osas nagu turvalise seotuse loomine kliendiga (4 kirjandusallikat ja 4 terapeuti) ja teraapiapiiride seadmine (5 kirjandusallikat ja 2 terapeuti). Neli kirjandusallikat toovad välja tehnika rakendamisvajaduse väljaselgitamise olulisuse, mida terapeutide vastustes eraldi ei märgitud. Üks terapeut tõi küll välja “hea lapsevanema” oskuste mudeldamise, aga selle koha peal jäi arusaamatuks, kas siia kuulub ka tehnika vajaduste hindamine või tegemist on juba sellele järgneva etapiga. Terapeutide vastuste põhirõhk oli suunatud kliendi emotsionaalsete vajaduste katmisele, läbi empaatia ja emotsionaalsete vajaduste normaliseerimise -ja valideerimise, mis minu töös liigitati emotsionaalse sideme loomise komponentide hulka. Selliseid erinevusi võib täheldada ka terapeudi isikuomaduste väljatoomise osas, mille puhul kirjandusallikad märgivad neid kohati ka eraldi (empaatia, paindlikkus, võime ennast avada, mängulisus) samas kui terapeudid on need sidunud kindlate tegevustega (nt. empaatiline piiride seadmine, empaatiline tähelepanelikkus, avada kliendile vajadusel ka enda lapseolekuid, olles samal ajal terve, hooliv täiskasvanu).

Piirangud ja ohud kategooria kõige suuremaks erinevuseks oli see, et kirjandusallikad tõid välja olukorrad, kus tehnika rakendamine pole võimalik (akuutsed psühhiaatrilised seisundid, krooniline või mõõdukas alkoholi ja narkootikumide tarvitamine). Terapeudid näidustuste

osas ühtegi piirangut ei nimetanud. Põhjuseks võib olla asjaolu, et kirjandusallikate poolt märgiti ära üleüldised ja enamus teraapiatega seotud piirangud, mis esimeses etapis vajavad psühhiaatrilist abi ja terapeudi vastuvõtule need igapäevaselt ei satugi. Samas leiab ühe kirjandusallika andmetest ka piirangud, mis isiksusehäire korral võivad teraapiat takistada. Siin tasuks märkida, et küsitlus terapeutidega viidi läbi kirjalikus vormis ja seetõttu puudus võimalus teavet juurde küsida, et vastuseid täpsustada.

Terapeutide vastustest piirangute kategoorias oli suurem osa nimetatud teguritest seotud pigem erinevate ohtudega – kas siis seonduvalt kliendi skeemidega (nt. ülemäärane valideerimine nartsissisti puhul, sõltuvussuhte tekkimine ebakompetentsuse skeemi puhul) või terapeudi ennast ohustavate teguritega (läbipõlemine). Üheks mõlema andmestiku poolt välja toodud ohtudest oli terapeutide enda skeemide aktiveerumine (5 kirjandusallikat, 1 terapeut). See võib kahjustada nii klienti kui terapeudi ennast. Kui terapeudi enese lapse ja vanema olekute dünaamilisi aspekte ei mõisteta võivad kinnitatud saada nt. kliendi düsfunktsionaalse lapse olekud ja seeläbi võib patoloogia isegi süveneda, teisalt terapeudi vastuülekande reaktsioonidest tulenev reaktiivsus võib tugevdada kliendi vastupanu, mis omakorda viib terapeudi läbipõlemiseni T[4].

Kokku võttes töö tulemusi toon välja, et kahe andmestiku vahel esinesid kattuvused just tehnika üldise defineerimise ja tehnika komponentide üldiste faktorite osas. Andmete omavaheline võrdlus näitas, et kirjandusallikatest leitud suurem andmete hulk võimaldas tehnika kasutamise spetsiifikast detailsemalt aru saada ja mõista, kuidas piiritletud vanemlikkust erinevate häirete, mittekohastumuslike skeemide ja düsfunktsionaalsete olekute puhul rakendatakse.

Uuringut piiravaks oli küsitluses kaasatud psühhoterapeutide madal osalemisaktiivsus ning kirjandusallikate kasutamine inglise keeles. Edasisteks sammudeks selle temaga jätkamisel oleks nii kirjandusallikate kui psühhoterapeutide kogemuse uurimisel piiritletud vanemlikkuse võrdlev uurimine koos teiste koolkondade käsitlemistega terapeutilisest suhtest kui sekkumisvahendist.

**Kasutatud kirjandus:**

APA Dictionary of Psychology. Veebiversioon: <https://dictionary.apa.org> Viimati külastatud 23.02.2022

Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, Article 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>

Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.141056>

Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1167–1187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.0>

Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. John Wiley & Sons.

Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Viimati külastatud 23.04.2022

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Gülüm, I. V., & Soygüt, G. (2022). Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy research : journal of the*

*Society for Psychotherapy Research*, 32(2), 263–276.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1921301>

Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). *Creative methods in Schema therapy: advances and innovation in clinical practice*. Routledge.

Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance--a conceptual analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 35(1), 67–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1994.tb00934.x>

Johns, L. (2005). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar New York: Guilford Press, 2003. pp. 436.£ 34.50 (hb). ISBN: 1-57230-838-9. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 119-120

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 185–202. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>

Louis, J. P., Ortiz, V., Barlas, J., Lee, J. S., Lockwood, G., Chong, W. F., Louis, K. M., & Sim, P. (2021). The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program: Participant experience. *PLoS ONE*, 16(1), Article e0243508. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243508>

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema Therapy: Distinctive Features*. Hoboken: Taylor & Francis. Viimati külastatud 23.04.2022

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.

Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 27(3), 160–165. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.3.160>

Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons. Viimati külastatud 23.04.2022

Lisa 1.

Piiritletud vanemliikkuse tehnika uurimiseks kasutatud kirjandusallikad:

Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists [1]

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). Schema therapy: Distinctive features [2]

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice [3]

Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs [4]

Arntz, A., & Jacob, G. (2017). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach [5]

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning [6]

Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). Creative methods in Schema therapy: advances and innovation in clinical practice [7]

JOHNS, L. (2005). Schema Therapy: A Practitioner's Guide Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar [8]

Lisa 2.

**Tabel 1. Definiitsioon**

Jrk.nr.	Allikas	Koostöösuhe kliendi ja terapeudi vahel	Emotsionaalse sideme loomine	Vanema- laadne tugi	Emotsionaal- sete vajaduste väljaselgita- mine /täitmine /korrigeeri- mine	Aktiveeru- nud skeemide ja olekute välja- selgitamine ja muutmine	Piiride kehtes- tamine koostöö- suhtes	Järjekind- lus koostöö- suhtes
1	Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). [1]	+	+			+		
2	Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010).[2]	+				+		
3	Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). [3]	+		+			+	
4	Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). [4]	+	+	+	+	+	+	
5	Arntz, A., & Jacob, G. (2017). [5]	+		+	+		+	
6	Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). [6]	+	+	+			+	
7	Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020).[7]	+			+		+	
8	Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar Guilford Press, 2003. [8]	+		+	+		+	+
	<b>Kokku</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Tabel 2 . Näidustused

Jrk nr.	Allikas	Isiksusehäired (piirialane, nartsissist)	Tõsised emotsionaalsed häired	Kompleks-trauma	Katmata emotsionaalsed vajadused	Muud näidustused
1	Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). [1]	+		+		
2	Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). [2]				+	
3	Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012).[3]	+			+	
4	Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). [4]	+		+		+
5	Arntz, A., & Jacob, G. (2017). .[5]	+	+			
6	Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). [6]	+	+			
7	Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). [7]	+	+			
8	Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar Guilford Press, 2003. [8]		+			+
	<b>Kokku</b>	6	4	2	2	2

**Tabel 3. Komponendid**

Jrk.nr	Allikas	Taaskasvatamise vajaduse kindlaks tegemine	Turvalise seotuse loomine kliendiga	Terapeudi enda tajud kokkupuutumisel kliendiga	Tugevate emotsioonidega toime tulemise õpetamine	Teraapiapiiride seadmine	Skeemidega seotud sekkumised	Olekutega seotud sekkumised	Positiivne vanemlik muster	Olulised terapeudi isikuomadused
1	Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). [1]		+		+	+				
2	Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010)..[2]	+		+		+				+
3	Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). .[3]		+		+	+				+
4	Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014)..[4]	+	+							
5	Arntz, A., & Jacob, G. (2017). [5]					+		+		
6	Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018)..[6]				+					
7	Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020)..[7]	+							+	
8	Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar Guilford Press, 2003. [8]	+	+			+	+			+
	<b>Kokku</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

**Tabel 4. Piirangud**

Jrk.nr	Allikas	Akuutsete psühhiaatriliste seisunditega kliendid	Piirialase isiksusehäirega seotud piirangud	Varajastest mittekohastumuslikest skeemidest tingitud raskused	Terapeutide enda skeemide aktiveerumine
1	Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). [1]				
2	Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). [2]		+		+
3	Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). [3]				+
4	Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). [4]				
5	Arntz, A., & Jacob, G. (2017). [5]				
6	Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). [6]				+
7	Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). [7]	+			+
8	Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar Guilford Press, 2003. [8]	+		+	+
	<b>Kokku</b>	2	1	1	5

Lisa 3.

**Tabel 5. Definiitsioon**

Jrk nr.	Allikas	Tehnikate kogum	Vanemalaadne tugi	Koostöö terapeutilise koostöösuhte piirides	Emotsionaalsete vajaduste väljaselgitamine /täitmine /korrigeerimine	Terve täiskasvanu oleku omandamine	Düsfunksionaalse vanema olekute korrigeerimine
1	T[1]	+	+	+	+		
2	T[2]		+	+	+		
3	T[3]		+	+	+	+	
4	T[4]			+	+		+
<b>Kokku</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Tabel 6. Näidustus**

Jrk nr.	Allikas	Tehnika rakendamine läbivalt teraapia algusest lõpuni	Välja arenemata tarve täiskasvanu olek	Skeemide ja olekutega seotud põhjused
1	T[1]	+	+	
2	T[2]	+		
3	T[3]	+		
4	T[4]			+
<b>Kokku</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



Piiritletud vanemlikkuse tehnika

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalistele töödele, lausele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kristel Kirs