Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Enely Lehtme

EESTIKEELSE SKEEMI OLEKUTE KÜSIMUSTIKU PSÜHHOMEETRILISTE OMADUSTE UURIMINE SEGAVALIMIL

Magistritöö

Juhendajad: Kaia Kastepõld-Tõrs, Karin Täht
Läbiv pealkiri: Eestikeelne skeemi olekute küsimustik

Tartu 2021

Eestikeelse skeemi olekute küsimustiku psühhomeetriliste omaduste uurimine segavalimil

LÜHIKOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärk oli täiendavalt uurida eestikeelse skeemi olekute küsimustiku (SMI) psühhomeetrilisi omadusi segavalimil. Testipaketti kuuluvaid küsimustikke, sh SMI-d, täitsid 379 (m = 80; n = 227; muu = 1) täiskasvanut, kellest 21 (m = 5; n = 16) kuulusid kliinilisse valimisse. Osalejate vanus jäi vahemikku 18-81, kliinilises grupis 19-55. Kliinilises valimis oli 11 osalejal depressiooni diagnoos. Eestikeelse SMI psühhomeetriliste omaduste kontrollimiseks tehti kinnitav faktoranalüüs, korrelatsioonianalüüsid, sisereliaabluse analüüs ning dispersioonanalüüsid. Kinnitust sai 14-faktoriline 100 väitega mudel, mis on võrreldav teiste uuringute tulemustega. Dispersioonanalüüsi tulemused näitasid statistiliselt olulist erinevust kliinilise ja mitte-kliinilise grupi vahel skeemi olekute kategooriates. Töö peamiseks puuduseks on kliinilise valimi väiksus. Jätku-uuringutes on oluline kliinilist valimit suurendada, et tulemusi üldistada.

Märksõnad: skeemi olekud, küsimustik, faktorstruktuur

The psychometric features of Estonian schema mode inventory: mixed sample

ABSTRACT

The aim of current paper was to revise Estonian schema mode inventory (SMI) to verify the psychometric features using mixed sample. A set of questionnaires was completed by 379 (m = 80; f =227; other = 1) adults, from whom 21 (m = 5; f = 16) were the clinical group. The age of participants was in the range of 18-81, in clinical group 19-55. Eleven participants in clinical group had depression. To verify the psychometric features of Estonian SMI confirmatory factor analysis, correlation analysis, ANOVA and internal-consistency test were conducted. 14-factor model including 100 statements was verified and is in accordance with other research results. The results of ANOVA showed statistically significant differences between clinical and non-clinical group in schema mode categories. The main limitation of this study is the sample size of clinical group. Follow-up studies should increase clinical sample to generalize the results.

Keywords: schema modes, questionnaire, factorial structure

SISSEJUHATUS

Skeemiteraapia (Young, 1994) on integratiivne teraapiamudel, mille rakendusvaldkond on isiksusehäirete, traumajärgsete seisundite ja krooniliste või komplekssete juhtumite psühholoogiline ravi. Lühidalt kokku võttes on skeemiteraapia aluseks idee, et käesolevate probleemide „juured" on minevikus – täpsemalt, et inimestel kujunevad varaste ja/või traumaatiliste kogemuste mõjul välja üks või mitu mittekohastumuslikku skeemi, mis teevad nad haavatavaks psüühiliste häirete suhtes. Mittekohastumuslik skeem on lai, kõikehõlmav enda ja oma suhete kohta käiv mälestustest, emotsioonidest, kognitsioonidest ja kehalistest aistingutest koosnev muster, mis on kujunenud lapsepõlves ja kinnistunud elu jooksul. Mittekohastumusliku skeemiga toimetulekuks/-kul kujunevad välja düsfunktsionaalsed toimetulekustiilid, mille rakendamine kätkeb endas olevikus mitmesuguseid probleeme. Näiteks reageerib inimene olukorrale alistudes, kuigi tegelikult peaks ennast kehtestama. Sattudes kokku probleemi vallandajaga, aktiveeruvad mittekohastumuslikud skeemid ja toimetulekustrateegiad ning seda seisundit kutsutakse skeemiteraapias olekuks (Young et al., 2003).

Skeemi olekud

Vajadus täiendada skeemiteraapia lähenemist olekute mõistega kasvas välja piirialase isiksusehäire ravist (Young et al., 2003). Piirialase isiksusehäirega patsientidel on sageli mitmeid komplekssеid ja dünaamilisi skeeme, mistõttu oli skeemipõhine lähenemine piiratud. Leiti, et piirialase isiksusehäirega patsientide kompleksust ja afekti labiilsust saab paremini esitada nn seisundi mudeliga, mille primaarseks komponendiks on olekud. Olek (*schema mode*) on mõtetel, tunnetel ja käitumisel põhinevate skeemikogumite muster, mis on teistest skeemi olekutest sõltumatu (Arntz et al., 2005). Teiste sõnadega on olekud viisid, kuidas skeemid avalduvad inimese reageerimisel sisemistele ja välimistele vallandajatele. Näiteks võib aktiveeruda haavatava lapse olek, kui allolev emotsionaalse deprivatsiooni skeem vallandub, kui inimesele jääb mulje, et talle ei pöörata olukorras, kus ta vajab, tähelepanu. Üks olek võib olla mitmete skeemide väljendus ja vastupidi- üks skeem võib vallandada erinevaid olekuid. Samas on olemasoleva uurimistöö põhjal võimalik teha ennustusi, millised olekute mustrid on seotud erinevate isiksushäirete korral kindlate skeemidega. Seega, kui inimese skeem on aktiveerunud, siis on ta mittekohastumusliku(ke)s oleku(te)s (Roediger et al., 2018). Käesolevalt on kasutusel 14 erinevat olekut, mis jaotuvad nelja rühma:

1. Mittekohastumuslikud lapse olekud: arenevad kui peamised vajadused (eriti kiindumussuhe) ei ole lapsepõlves adekvaatselt vastatud. Lapse olekud on seotud intensiivsete tunnetega, nagu mahajäetuse hirm, abitus, kurbus (haavatava lapse olek), viha või impulsiivsus (vihase/impulsiivse lapse olek)

2. Mittekohastumuslikud kriitiku olekud – karistav ja nõudlik – on äratuntavad enese mahategemise, enda vihkamise või erakordselt kõrgete ootuste järgi. Eeldatakse, et see on lapsepõlvest pärit düsfunktsionaalse vanemliku käitumise (nt vanemad, õpetaja, kaaslased) internaliseerumine. Neid olekuid iseloomustab ka negatiivne mina-pilt.

3. Mittekohastumuslikud toimetulekuolekud, mille eesmärk on pakkuda leevendust lapse ja vanema olekutest pärit emotsionaalsele valule ja seisneb see ülemäärases toimetulekustrateegiate kasutamises – allaandmine, vältimine või ülekompenseerimine. Täpsemad viisid on omandatud lapsepõlves toimunud sündmuste käigus toimetulemiseks nendega, eesmärgiga kaitsta ohu eest. Need olnud lapsepõlves nö ellujäämisstrateegiad.

4. Kohastumuslikud olekud sisaldavad terve täiskasvanu olekut ja õnneliku lapse olekut. Terve täiskasvanu olekus tuleme me toime emotsioonidega, lahendame probleeme, loome terveid suhteid, oleme teadlikud oma vajadustest,võimalustest ja piiridest ning käitume vastavuses oma väärtuste, vajaduste ja eesmärkidega. Lisaks sellele ollakse teadlik enda teistest olekutest. Õnneliku lapse olek on seotud rõõmu, lusti,mängu ja spontaansusega (Young et al. 2003).

Selleks, et skeemi olekute sisu paremini mõista, tuuakse järgnevalt 14 oleku täpsemad kirjeldused (Lobbestael, 2012):

1. Haavatav laps - tunneb end üksildase lapsena, keda väärtustatakse ainult vanematele meele järele olemise ulatuses. Kuna kõige olulisemad baasvajadused ei ole rahuldatud, on tekkinud üksildus- ja tühjusetunne.
2. Vihane laps – tunneb intensiivset viha, pettumust, raevu või kannatamatust, sest baasilised emotsionaalsed või füüsilised vajadused ei ole täidetud.
3. Raevunud laps – tunneb intensiivset viha, mida väljendab solvumisega või hävitava käitumisega inimeste või objektide osas. Ei suuda raevutundeid kontrollida.
4. Impulsiivne laps – käitub mitte-põhiliste soovide või implusside ajel egoistlikul või kontrollimatul viisil, et oma tahet saada. Sageli esineb raskusi lühiajalise rahulolu viivitusega.

5. Distsiplineerimatu laps – ei suuda end sundida tavapäraseid või igavaid ülesandeid lõpetama, ärritub kergesti ning annab kiiresti alla.
6. Õnnelik laps - tunneb end armastatuna, rahulolevana, rahuldatuna, kaitstuna, aktsepteerituna, kiidetuna, väärtuslikuna, hoolitsetuna, mõistetuna, usaldusväärsena, pädevana, asjakohaselt autonoomse või sõltuvana, turvalisena, vastupidavana, tugevana, kontrolli omavana, kohanemisvõimelisena, kaasatuna, optimistlikuna ja spontaansena.
7. Kuulekas alistuja – käitub passiivsel, alluval, alandlikul, heakskiitu otsival või ennast taunival viisil teistega koos olles tingituna hirmust konflikti või hülgamise ees. Alistub väärkohtlemisele ja/või halvale kohtlemisele.
8. Eemaldunud kaitsja – lülitab välja vajadused ja tunded. Eemaldub inimestest emotsionaalselt ning lükkab tagasi nende abi. Tunneb end eemaletõmbunult, reaalsusest eemaldunult, häiritult, depersonaliseeritult, tühjalt või tüdinult.
9. Eemaldunud eneserahustaja – on orienteeritud kõrvalejuhtimisele, rahustavatele või stimuleerivatele tegevustele (nt, uimastite kuritarvitamine, töö, magamine, internetis surfamine, jutustamine, sport või seksuaalsed tegevused) komplulsiivsel või ülemäärasel viisil, et viia mõtted eemale valulikelt tunnetelt või vältida nende olemasolu.
10. Suurustaja - käitub egotsentrilisel või endast huvitatud viisil, et saada oma tahe ilma teiste inimeste tundeid arvesse võtmata. Väljendab teistest üleolekut ja devalveerimist. Võib tunda end ülimalt erilisena või usub, et tal on õigus eriõigustele ja privileegidele.
11. Ründaja - solvab, kontrollib, petab või käitub passiiv-agressiivsel viisil teiste suhtes, et ülekompenseerida väärkohtlemise ja/või usaldamatuse deprivatsiooni või puudujääke.
12. Karistav kriitik– tunneb, et ise või teised väärivad karistust või süüd ja sageli käitub nende tunnete ajal olles süüdistav, karistav või väärkohtlev enda (nt, ennast vigastav käitumine) või teiste suhtes.
13. Nõudlik kriitik– tunneb, et „õige” on olla täiuslik või saavutada väga kõrge tase, et püüelda kõrge staatuse poole, olla alandlik ja panna teiste vajadused enda omadest ette poole või olla efektiivne ja vältida aja raiskamist.
14. Terve täiskasvanu– hellitab, valideerib ja kinnitab haavatava lapse olekut. Seab piirid vihase ja implusiivse lapse olekutele. Edendab ja toetab õnneliku lapse olekut. Võitleb ja lõpuks asendab mittekohased toimetuleku olekud (nt, ründaja). Neutraliseerib või

modereerib mittekohaseid sisemise kriitiku olekuid (karistava ja nõudliku kriitiku olekud).

Skeemi olekute küsimustik: olemus, omadused ja kohandused

Skeemi olekute küsimustiku (SMI) lühendatud versioon avaldati 2007. aastal (Young et al, 2007) ning koosneb 124 väitest, mida hinnatakse 6-punktisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus "Mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi" = 1 kuni "Alati" = 6. VAS vastuse skaalast loobuti selle skoorimise ajamahukuse pärast. Väidete arv iga oleku kohta varieerub neljast kümneni (M=8.4) ning küsimustiku täitmine võtab aega umbes 20 minutit (algse versiooni 30-45 minuti kõrval). Väidete järjekord on muudetud juhuslikuks (Lobbestael, 2012). Küsimustiku väited moodustavad 14 alaskaalat ehk olekut: haavatava lapse olek, vihase lapse olek, raevunud lapse olek, impulsiivse lapse olek, distsiplineerimatu lapse olek, õnneliku lapse olek, kuuleka allaandja olek, eemaldunud kaitsja olek, eemaldunud rahustaja olek, suurustaja olek, ründaja olek, karistava kriitiku olek, nõudliku kriitiku olek ja terve täiskasvanu olek.

Ühe kitsaskohana on välja toodud küsimustiku pikk administreerimisaeg. J. Lobbestaeli, esimese SMI lühema versiooni autori, nõusolekuga loodi veel lühem versioon, et vähendada administreerimise aega. Pärast faktoranalüüsi valiti viis väidet, mis laadusid skeemi olekule kõige kõrgema osamääraga. Kohandatud SMI koosneb 80st väitest. Sisemine kooskõla alaskaalade vahel oli hea kuni suurepärane, Cronbachi α vahemikus .69 kuni .90 (Keulen-de Vos et al., 2017).

SMI on tõlgitud ja valideeritud 15 erinevas keeles: inglise, hollandi, itaalia, saksa, rootsi, türgi, prantsuse, hispaania, portugali, kreeka, korea, norra, taani, urdu ja korea. Käesolevas töös on kasutatud hollandi, saksa, taani, eesti ja urdu keele adapteeringute kohta avaldatud andmeid.

SMI psühhomeetriline analüüs näitas, et kõige adekvaatsem on 14-faktoriline tulem (Lobbestael et al., 2010; Lobbestael, 2012). Nii leiti 14-faktoriline lahend sobiv olevat SMI kohandamisel saksa keelde (Reiss et al., 2012), itaalia keelde (Panzeri et al., 2016), urdu keelde (Riaz & Khalily, 2013), taani keelde (Reiss et al., 2016). Erinevates uuringutes varieerus küsimustiku alaskaalade keskmine sisemine konsistentsus .81-est kuni .87-ni (nt Lobbestael et al., 2010; Panzeri et al., 2016; Reiss et al., 2012). Alaskaaladevahelised korrelatsioonid olid statistiliselt olulised ($p < .01$) (nt Riaz & Khalily, 2013) ning kooskõlas eeldusega, mis tähendas, et kohastumuslikud olekud korreleerusid omavahel ning mittekohastumuslikud olekud omavahel (Nt Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012; Reiss et al., 2016). Lisaks sellele korreleerusid kohastumuslikud olekud negatiivselt kõikide

kohanemist raskendavate olekutega (Reiss et al., 2016). Lobbestael (2012) tõi välja, et valimisse võiks kuuluda varieeruva patoloogia määraga indiviidid, sest terved inimesed saavad suhteliselt madalaid skoore mittekohastumuslikes olekutes, mis muudab valimi mitte-esinduslikuks.

Itaaliakeelse SMI valideerimisel osales 707 inimest, kellest 230 olid psühhiaatrilised patsiendid. Kinnitav faktoranalüüs näitas, et 14-dimensionaalne mudel on parim seletamaks SMI struktuuri madalal tasandil (Panzeri et al., 2019). Kõige uuemad kohandused on tehtud korea ja türgi keelde. Korea uuringus osales 768 täiskasvanud inimest, kellest 533 olid mehed. Kinnitav faktoranalüüs näitas, et parima sobivusega on 13-faktoriline mudel. Võrreldes varasemate uuringutega leidsid autorid, et psühhomeetriliselt adekvaatseim mõõdik korea kultuuriruumis on 61-väiteline senise 124-väitelise asemel (Song & Lee, 2020). Türgi uuringus osales 1287 täiskasvanud inimest, kellest 428 olid mehed. Kinnitav faktoranalüüs näitas, et 14-faktoriline mudel on sobiv. Sarnaselt Korea uuringule, leidsid autorid, et psühhomeetriliselt on adekvaatne vähendatud väidetega mudel (113-väiteline mõõdik), kuid oma sobivust näitas ka 118-väiteline mõõdik (Aytaç et al., 2020).

Eestikeelse skeemi olekute küsimustiku kohandamise pilootuuringus osales 201 inimest ning selgus, et kehtib 14-faktorline mudel, mis on kooskõlas varasemate uuringutega (Lehtme, 2018). SMI alaskaalade sisemised konsistentsuse määrad olid vastuvõetavad (ulatudes $\alpha = .72$ kuni $\alpha = .92$), nende keskmine $\alpha = .84$. Test-retest olekute reliaablus oli $\alpha = .74$ (Lehtme, 2018).

Skeemi olekute ja erinevate psüühikahäirete vahelised seosed, skeemi olekute mudel

Mitmed uuringud on kaardistanud erinevusi skeemi olekute osas erinevate psüühikahäirete korral ning võrdluses kontrollgrupiga (Keulen-de Vos et al., 2017; Lobbestael et al., 2008; Lobbestael et al., 2009; Yakin et al., 2020). Järgnevalt tuuakse mõned näited, et iseloomustada skeemi olekute esinemist erinevate psüühikahäirete korral ning illustreerida skeemi oleku mudeli toimimist.

Keulen-de Vos et al. (2017) leidsid vihase lapse, impulsiivse lapse, eemaldunud kaitsja ja ründaja olekud olid antisotsiaalse isiksusehäire (IH) ja piirialase IHga oluliselt positiivses korrelatsioonis ning suurustaja olek oli oluliselt positiivses korrelatsioonis antisotsiaalse IHga. Haavatava lapse olek ei olnud olulises seoses antisotsiaalse ega piirialase IH-ga. Nõudliku kriitiku, suurustaja olekud olid oluliselt seotud piirialase IHga (Keulen-de Vos et al., 2017). Skeemi olekute mudelit piirialase IH puhul on iseloomustatud järgnevalt: (1) hüljatuse ja väärkohtlemise tunded (haavatava lapse olek); (2) kontrollimatu viha ja

implusiivsus (vihase ja implusiivse laps olek); (3) ennastkaristav käitumine (karistava kriitiku olek); ja (4) tühjuse- ja eraldatusetunne (eemaldunud kaitsja olek; Arntz & van Genderen, 2009; Young et al., 2003). Piirialase IH diagnoosiga patsiendid kipuvad kirjeldatud olekute vahel kõikuma (Keulen-de Vos et al., 2017).

Yakin et al. (2020) leidsid, et mõned skeemi olekud peegeldavad sarnaseid muutuse mehhanisme vähendades isiksusehäirega seotud patoloogiat ning suurendades tervet funktsioneerimist. Nad leidsid, et kliiniliselt on oluline adresseerida eemaldunud kaitsja, suurustaja ja impulsiivse lapse olekute lõhkuvat mõju, sest need olekud paistavad mängivat olulist rolli isiksusehäiretga seotud psühhopatoloogia ja funktsioneerimise kujunemisel. Sellesse uuringusse olid kaasatud patsiendid paranoilise, histrioonilise ja nartsissistliku isiksusehäirega, kuid häirete esinemine oli valimi sees ebavõrdne. Tulemused siiski näitasid, et terve täiskasvanu, haavatava lapse, impulsiivse lapse ja eemaldunud kaitsja olekud ennustasid hilisemalt isiksuse patoloogiat. Uuringu leiud annavad empiirilist alust skeemi olekutele fokuseerimiseks kliinilises praktikas ning näib, et skeemi olekud võivad olla võtmeteguriks mõistmaks, kuidas isiksusehäirete raskusaste ravi käigus väheneb (Yakin et al., 2020).

Lobbestael et al. (2009) uuringus tuli välja, et antisotsiaalse IH grupis erinesid oluliselt enese ja teiste arvamused 11 oleku esinemise osas 14st (kõigis mittekohastumuslikes olekutes, va nõudiku kriitiku olekus). Kõigis nendes raportites tõid antisotsiaalse IH patsiendid välja oluliselt madalamat olekute esinemist võrreldes terapeutide hinnangutega. Piirialase IH grupis oli oluline erinevus ainult kolme oleku osas: patsiendid raporteerisid madalamat esinemist raevunud lapse, suurustaja ja ründaja olekute kohta. Klaster C (vältiv, sõltuv ja obsessiiv-kompulsiivne) isiksusehäirete grupis olid erinevused enese ja teiste raportites taas olulised kolme mittekohastumusliku oleku osas: patsiendid raporteerisid madalamaid skoore suurustaja ja karistava kriitiku olekutes ja kõrgemat skoori eemaldunud eneserahustaja olekus võrreldes terapeutide hinnangutega.
Analüüsid ainult meeste valimil tõid esile, et kontrast antisotsiaalse IH ja piirialase IH grupi vahel muutus ebaoluliseks raevnud lapse olekus ning kontrast antisotsiaalse IH ja klaster C IH grupi vahel muutus ebaoluliseks raevnud lapse, suurustaja ja karistava kriitiku olekutes (Lobbestael et al., 2009).

Lobbestael et al. (2008) leidsid, et vihase lapse, raevunud lapse ja ründaja olekud olid positiivses korrelatsioonis ning õnneliku lapse olek negatiivses korrelatsioonis paranoilise IHga. Impulsiivse lapse olek oli seotud histrioonilise IHga ning suurustaja ja ründaja olekud nartsissistliku IHga. Haavatava lapse, impulsiivse lapse, karistava kriitiku, raevunud lapse,

eemaldunud lapse, vihase lapse, eemaldunud eneserahustaja, distsiplineerimatu lapse ja kuuleka alistuja olekud olid seotud piirialase IHga. Kaks kohastumuslikku olekut olid piirialase IHga negatiivselt seotud. Haavatava lapse, eemaldunud kaitsja, kuuleka alistuja, karistava kriitiku ja distsiplineerimatu lapse olekud olid positiivselt ning kaks kohastumuslikku olekut negatiivselt seotud vältiva IHga. Kuuleka alistuja, haavatava lapse ja distsiplineerimatu lapse olekud olid positiivselt ning terve täiskasvanu olek negatiivselt seotud sõltuva IHga. Nõudliku kriitiku, suurustaja ja eemaldunud eneserahustaja olekud olid seotud obsessiiv-kompulsiivse IHga (Lobbestael et al., 2008).

Uuringud viitavad ka, et tendents kõrgematele skooridele mittekohastumuslikes skeemi olekutes on seotud psühhopatoloogiaga, sh depressiooni ja ärevushäiretega (nt Spinhoven et al., 2007). Mittekohastumuslikel skeemi olekutel on leitud negatiivseid korrelatsioone depressiooni, skisofreenia, sotsiaalärevuse, bipolaarse häire, obsessiiv-kompulsiivse häire ja muude häiretega (Hawke, & Provencher, 2011; Khalily et al.,2011). Söömishäirete puhul on leitud, et keskmiselt saadakse mittekohastumuslikes skeemi olekutes, eriti eemaldunud kaitsja ja eemaldunud eneserahustaja olekutes, kõrgemad skoorid ja kohastumuslikes madalamad võrreldes tavapopulatsiooniga (Volderholzer et al., 2014; Talbot et al., 2015). Lobbestael et al. (2010) võrdlus I telje, sh depressiooni ja ärevuse diagnoosiga patsiendid, II telje ja mittekliinilise grupi osalejate vahel näitas, et vihase lapse oleku, eemaldunud eneserahustaja oleku ja õnneliku lapse oleku skoorides olid olulised erinevused mittekliinilise ja I telje grupi vahel, väiksed erinevused aga I ja II telje gruppide vahel. Emotsionaalse enesetunde küsimustikku kasutatakse selleks, et tuvastada võimalikku riski I telje häirete osas, sh depressioon ja ärevus. Lisaks sellele on sõeltest kohane ka ärevus- ja depressiivsete häiretega patsientide seisundi iseloomustamiseks ja dünaamiliseks jälgimiseks (Aluoja et al., 1999). Käesolevas töös uuritakse emotsionaalse enesetunde küsimustiku ja skeemi olekute vahelisi seoseid.

Skeemi olekute küsimustiku terminoloogia sobivus eesti keele- ja kultuuriruumi

Eesti keele- ja kultuuriruumis võib esineda raskusi ja ebakõla skeemiteraapia terminoloogia mõistmisel. Sellest andis aimu vabas vormis kogutud tagasiside skeemi olekute küsimustiku kohandamise pilootprojektis (Lehtme, 2018). Täpsemalt toodi välja, et küsimustikku täites oli kohati raske mõista topelteitusi ning filosoofilised väited, nagu “Kui inimene ei ole mu poolt, on ta mu vastu”, tekitasid häiritust (Lehtme, 2018).

Mujal maailmas on täheldatud, et kultuuriruumi sobivuse küsimuses on tähtis lisaks küsimustiku väidete sõnastusele ja sõna kasutusele ka üldine mõistete kasutamine. Näiteks

Roediger et al. (2018) ning Farrell & Shaw (2018) eelistavad kasutada termini "vanema olek" (varasemalt määratleti seda kui mittekohastumuslikku kriitiku olekut) asemel terminit "sisemise kriitiku olek". Uurijad toovad välja, et klientidel kalduvad tekkima seosed mõistega "vanem" oma tegelike vanematega, mis võib viia lojaalsuskonfliktideni. Sellest tulenevalt on eelistatum kasutada ka skeemiteraapias, nagu mitmetes teistes teraapilistes lähenemistes, sisemise kriitiku mõistet. Selle termini kasutamine loob kindlust, et teraapias räägitakse internaliseerunud düsfunktsionaalsetest uskumustest, mitte tegelike vanematega seotud mälestustest. Uskumusi, mida klient on internaliseerinud, ei pruugi olla eksplitsiivselt öeldud, vaid pigem on need lapse mentalisatsiooni protsesside tulemuseks (Roediger et al., 2018).

Uurimistöö põhilised tulemused ja vajadused käesolevaks tööks

2018.aastal kaitstud uurimistöös keskenduti skeemi olekute küsimustiku faktorstruktuuri, sisemise konsistentsuse ja alaskaalade vaheliste korrelatsioonide uurimisele (Lehtme, 2018). See oli pilootuuring, mille käigus selgus, et faktoranalüüs fikseeritud faktorite arvuga annab loodetud 14- faktorilise mudeli. Lisaks sellele olid tulemused alaskaalade sisemise reliaabluse kohta võrreldavad varasemate uuringutega (nt, Panzeri et al., 2016; Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012) ning nende keskmine tulemus ($\alpha = .84$) oli väga adekvaatne. Uurimistööst aga kerkis esile ka mitmeid aspekte, mida käesolevas töös edasi käsitleda. Faktorstruktuuri paremaks võrdlemiseks varasemate uuringutega on vaja läbi viia kinnitav faktoranalüüs, mida valimi väiksuse tõttu uurimistöös teha ei saanud. Lisaks sellele on vaja tulemuste laiemaks tõlgendamiseks kaasata kliinilist populatsiooni, kes teadlikult uurimistöö valimisse ei olnud kaasatud (Lehtme, 2018).

Töö olulisus, eesmärgid ja hüpoteesid

Antud töö olulisus seisneb skeemi olekute küsimustiku eestikeelse kohanduse kasutuskõlblikuks kujundamisel. Selle töö valmides võiksid skeemiteraapia spetsialistid kindlamalt antud hindamisvahendit oma igapäevases töös rakendada ning saadud tulemustele toetudes patsiente aidata.

Käesoleva töö põhieesmärgiks on skeemi olekute küsimustiku *(Schema Mode Inventory*, SMI) eestikeelse kohanduse täiendamine ja selle psühhomeetriliste omaduste uurimine segavalimil (kliiniline ja mitte-kliiniline).

Tuginedes varasematele uuringutele (Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2016; Lehtme, 2018; Song & Lee, 2020) püstitati järgnevad hüpoteesid:

H1: Skeemi olekute küsimustiku eestikeelne kohandus on oma psühhomeetriliste omaduste poolest võrreldav varasemates uuringutes saadud tulemustega

H2: Kliinilise valimi skoorid mittkohastumuslikes skeemi olekutes on kõrgemad kui mitte-kliinilises valimis ning kohastumuslikes skeemi olekutes madalamad kui mitte-kliinilises valimis

H3: Mittekohastumuslikud skeemi olekud on EEK-2 alaskaaladega positiivses seoses ja kohastumuslike skeemi olekutega negatiivses seoses.

MEETOD

Valim

Mitte-kliiniline valim

Uuringus osales 358 inimest, kellest 227 (77.37%) olid naised ja 80 (22.35%) mehed ning üks (.28%) vastaja klassifitseeris end “muu” alla. Uuringus osalejate vanus jäi vahemikku 18-81 aastat (*M* =32.68; *SD* = 12.92, mediaan = 28). Vastajate haridustase jaotus järgmiselt: põhiharidus (*n* =16; 4.47%), keskharidus (*n* =159; 44.41%), kõrgharidus (*n* =183; 51.2%). Osalejatest olid 136 vallalised (37.99%), 202 abielus/kooselus (56.43%), 17 lahutatud (4.75%) ja 3 lesestunud (.84%). Vastanutest 83 inimest (23.18%) raporteeris psühhikahäire diagnoosi või selle ravimist, 261 inimest (72.91%) vastas eitavalt ning 14 inimest (3.91%) ei soovinud vastata. Psühholoogi või psühhiaatri poole pöördumist raporteeris 154 inimest (43.02%), eitavalt vastas 198 inimest (55.31%) ning kuus inimest (1.68%) ei soovinud vastata. Osalejad, kes raporteerisid psühhikahäire olemasolu kaasati analüüsides kliinilisse gruppi. Seda tehti, sest analüüse ei viidud läbi spetsiifiliste diagnoosi gruppidega, vaid üldiselt kliinilisse ehk diagnoosi raporteerivat gruppi ja mitte-kliinilist gruppi võrreldes.

Uuritavate poolde pöörduti veebi vahendusel uuringut tutvustava kutsega, milles oli link veebipõhisesse uuringukeskkonda. Küsimustike täitmist käsitleti informeeritud nõusolekuna. Uuritavate värbamisel lähtuti mugavusvalimi koostamise põhimõttest ning peeti silmas, et uuringusse kaasamisel jõuaks kutse erinevas vanuses inimesteni. Võimalike uuritavate poole pöörduti läbi tudengiportaalide, erinevate organisatsioonide meililistide, sotsiaalmeedia konto (nt MTÜ Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsiooni Facebooki konto) kaudu. Uuringusse kaasati ainult üle 18. aastased (k.a.) inimesed. Mitte-kliinilises valimis sisalduvad ka 2018. aastal kaitstud uurimistöö jaoks kogutud andmed (*n* = 201).

Kliiniline valim

Kliinilisse valimisse kuulus 21 inimest, kellest 5 (23.81%) olid mehed ja 16 (76.19%) naised. Osalejate vanus jäi vahemikku 19-55 aastat (*M* = 31.24; *SD* = 10.73; mediaan = 29). Üks inimene (4.77%) vastas, et ta ei ole saanud psüühikahäire diagnoosi ning neli inimest (19.05%), et nad ei ole pöördunud nõustamisele ega psühhoteraapiasse, ülejäänud osalejad vastasid jaatavalt mõlemale küsimusele. Osalejate seas ilmnes järgmisi diagnoose: depressioon, sõltuvushäire, paanikahäire ning komorbiidsena depressioonile üldistunud ärevushäire ja vältiv isiksusehäire, ärevushäire ja piirialane isiksusehäire, piirialane isiksusehäire, segatüüpi isiksusehäire ja antisotsiaalse isiksusehäire kahtlus.

Uuritavate kõrgeim omandatud haridustase jaotus järgmiselt: põhiharidus (*n* = 4; 19.05%), keskharidus (*n* = 8; 38.1%) ja kõrgharidus (*n* = 9; 42.86%). Vastajatest 11 inimest (52.38%) olid vallalised, 7 inimest (33.33%) abielus/kooselus ning 3 inimest (14.29%) lahtutatud.

Kliiniline valim kaasatati kahel viisil. Esiteks kaasati uuringusse isiksusehäire diagnoosi või sellega kahtlusega patsiendid järjestikuse pöördumise alusel Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku kliiniliste psühholoogide vahendusel. Uuringusse kaasasid psühholoogid patsiente ainult siis, kui nad ise olid selleks nõusoleku andnud. Kliiniline psühholoog andis patsiendile kirjaliku informeeritud nõusoleku vormi uuringu kohta ning viimase nõusolekul paberkandjal testipaketi. Patsient täitis selle endale sobival ajal ja kohas ning tõi küsimustikud tagasi psühholoogi kätte talle koos testipaketiga antud ümbrikus (suletult). Teiseks kaasati MTÜ Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsiooni kaudu skeemiteraapiat saavad patsiendid järjestikuse pöördumise alusel samadel tingimustel ja samal moel, kui ülaltoodud variandis.

Tulenevalt COVID-19 pandeemiast ja sellega kaasnevates piirangutest ning mõjudest ei olnud võimalik kliinilisse valimisse rohkem osalejaid kaasata. Samuti ei soovitud kliiniliste psühholoogide töökoormust veelgi suurendada, sellega, et nad oma klienditöös julgustaksid inimesi uuringus osalema.

Mõõtevahendid

Uuringus osalejad täitsid testipaketi, mis koosnes skeemi moodide küsimustikust, emotsionaalse enesetunde küsimustikust ja demograafiliste andmete ankeedist. Lisaks täitsid vastajad ka Youngi skeemiküsimustiku ning elusündmuste küsimustiku, mida antud töö raames ei analüüsitud.

Skeemi olekute küsimustik (Young et al., 2014). Küsimustik sisaldab 124 väidet, millele on võimalik vastata 6-sel Likert skaalal, kus 1 tähistab „*mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi*" ja 6 tähistab „*kogu aeg*". Väited jagunevad nelja kategooriasse: düsfunktsionaalsed lapse olekud (haavatava lapse olek, vihase lapse olek, raevunud lapse olek, impulsiivse lapse olek ja distsiplineerimatu lapse olek), düsfunktsionaalsed toimetuleku olekud (kuuleka allandja olek, eemaldunud kaitsja olek, eneserahustaja olek, suurustaja olek ja ründaja olek) , düsfunktsionaalsed kriitiku olekud (nõudliku kriitiku olek ja karistava kriitiku olek) ja funktsionaalsed terved olekud (õnneliku lapse olek ja terve täiskasvanu olek).

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2; Aluoja et al., 1999) on vastaja poolt täidetav enesehinnanguskaala olulisemate depressiooni ja ärevushäirete ning nendega

piirnevate sümptomite sedastamiseks viimase kuu jooksul. EEK-2 koosneb 28 väitest, mis on sõnastatud lähtudes diagnostilistest kriteeriumitest ja kliinilisest otstarbekusest. Vastaja hindab meeleolu ja ärevusega seotud probleemide esinemissagedust 5-pallisel skaalal (0 – üldse mitte, 1 – harva, 2– mõnikord, 3 – sageli, 4 – pidevalt). Väited on jaotunud kuude alaskaalasse: depressiivsus, üldine ärevus, agorafoobia/paanika, sotsiaalne ärevus, väsimus ja insomnia.

Uuritavatele esitati ankeedivormis küsimused: soo, vanuse, haridustaseme, suhteseisu kohta; mitte-kliinilises valimis ka küsimus, kas uuritaval on talle teadaolevalt diagnoositud kunagi psüühikahäiret (sellele küsimusele vastamine on vabatahtlik) ja kas ta on kunagi otsinud psühholoogilist abi (samuti vabatahtlik). Kliinilises valimis sai vastaja nimetada, millise diagnoosi ta on saanud.

Testipaketi täitmine võttis aega 1-1,5 tundi. Testide täitmine toimus veebipõhiselt (mitte-kliiniline ja soovi korral ka kliinilises valimis) või paberkandjal (kliiniline valim). Andmed salvestatati ja säilitatakse kuni 5 aastat väliskettal (mida hoitakse TÜ psühholoogia insitituudis lukustatud kapis) ning andmeid analüüsitakse võrguühenduseta arvutis. Paberkandjal täidetud testid hävitati peale andmete elektroonilisse vormi kandmist.

Andmetöötlus

Andmete analüüsimisel kasutati andmetöötlusprogramme Excel ja JASP (andmete kirjeldamise analüüsid, kinnitavat faktoranalüüs, korrelatsioonianalüüs, reliaablusanalüüs, rühmade võrdlemisel ANOVA-t). Kogu töö vältel võeti statistilise olulisuse nivooks $\leq .05$.

Eetilised aspektid

Uuring on kooskõlastuse saanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

TULEMUSED

Töös tehti analüüse kogu valimile koos (n = 379). Seda otsustati võttes arvesse skeemi olekute küsimustiku sisulist tähendust, mis ei viita häirespetsiifilisele konstruktile, vaid on universaalne. Uuringute tulemused on näidanud, et mittekohastumuslike olekute skoorid on kõige madalamad tervete grupis, kõrgemad I telje häirete grupis ja kõige kõrgemad II telje häirete grupis (Lobbestael, 2012).

SMI faktorstruktuur kinnitava faktoranalüüsi põhjal

Kinnitav faktoranalüüs (FA) tehti kogu valimile koos (*n* = 379). Kinnitav FA tehti andmetöötlusprogrammis JASP 0.14.0.0, parameetrite hindamiseks valiti DWLS (*diagonally weighted least squares*) meetod, kuna on näidatud selle meetodi sobivust, kui muutujad on mõõdetud ordinaalskaalal (Li, 2016). Kinnitav FA tehti 14-faktorilise mudeli kontrollimiseks. Esimene kinnitav faktoranalüüs näitas, et 24 väidet olid madala faktorlaadungi väärtusega (< .5) ning need väited jäeti analüüsist välja. Väljajäänud väidetest olid kaks ründaja olekus, kaks õnneliku lapse olekus, üks nõudliku kriitiku olekus, üks suurustaja olekus, kaks impulsiivse lapse olekus, kaks raevunud lapse olekus ja kaks terve täiskasvanu olekus. See tähendas, et mudelisse jäi 124 väite asemel 100. Väidete faktorlaadungid on esitatud tabelis standardiseeritult (Tabel 1).

Tabel 1

Skeemi olekute küsimustiku 14-faktorilise mudeli väidete faktorlaadungid (*n* = 379)

Olek	Väide	Faktorlaadung (standardiseeritud)
Ründaja olek		
	53. Võrdsust ei ole olemas, seega on parem olla teistest üle.	.57
	77. Kui sina ei domineeri teiste inimeste üle, domineerivad nemad sinu üle	.72
	102. Ma mõnitan ja kiusan teisi inimesi.	.57
	112. Ma alavääristan teisi.	.55
Õnneliku lapse olek	2. Ma tunnen end armastatuna ja aksepteerituna.	.84
	17. Ma tunnen end rahulolevana ja muretuna.	.75
	48. Ma tunnen, et ma sobitun teiste inimeste hulka.	.79
	61. Ma tunnen, et minu elus on küllalt stabiilsust ja turvalisust.	.76
	68. Ma usaldan enamikke inimesi.	.50
	95. Ma tunnen end turvaliselt.	.75
	96. Ma tunnen, et mind kuulatakse, mõistetakse ja aktsepteeritakse.	.88
	113. Ma olen optimistlik.	.79
Karistava kriitiku olek	3. Ma ei luba endale midagi head, sest ma ei vääri seda.	.60
	5. Vahel ma tunnen tungivat vajadust end füüsiliselt karistada (nt lõikuda end).	.55
	9. Ma ei suuda endale andestada.	.79
	16. See on minu süü, kui midagi halba juhtub.	.75
	58. Ma olen halb inimene, kui ma teiste peale vihastan.	.59

	72. Ma ei luba endale meeldivaid asju, mida teised inimesed teevad, sest mina olen halb.	.77
	84. Ma väärin karistust.	.59
	87. Ma olen enda peale vihane.	.84
	94. Ma olen halb inimene.	.69
	118. Ma ei vääri kaastunnet, kui minuga midagi halba juhtub.	.50
Haavatava lapse olek	4. Ma tunnen end totaalselt ebaadekvaatse, puuduliku või vigasena.	.74
	6. Ma tunnen end eksinuna.	.74
	36. Ma tunnen, et olen meeleheitel	.80
	50. Ma tunnen end üksildasena	.82
	67. Ma tunnen end alandatuna.	.71
	71. Ma tunnen end üksildasena isegi siis, kui minu ümber on teised inimesed.	.81
	105. Ma tunnen end tihti üksi selles maailmas.	.79
	106. Ma tunnen end nõrga ja abituna.	.72
	111. Ma tunnen end väljatõrjutu või kõrvalejäetuna.	.86
	119. Ma tunnen, et mind ei armasta mitte keegi.	.72
Nõudliku kriitiku olek	7. Ma olen enda vastu karm.	.79
	82. Ma tunnen pidevat survet, et midagi saavutada ja saada asjad tehtud.	.71
	83. Ma üritan vigu mitte teha, vastasel juhul saan enda peale pahaseks.	.84
	90. Ma ohverdan naudingu, tervise või rõõmu, et olla oma nõudmistele vastav.	.81
	104. Ma tean, et on olemas "õige" ja "vale" viis asju teha. Ma püüan väga asju õigesti teha, et mitte hakata ennast kritiseerima.	.53
	115. Mu elu keerleb praegu selle ümber, et saaks asjad tehtud ja "õigesti" tehtud.	.56
	116. Ma pean olema vastutustundlikum kui enamik inimesi.	.50
Kuuleka alistuja olek	8. Ma pingutan väga, et olla teiste meele järgi selleks, et vältida konflikte, vastandumisi või eemale tõukamist.	.72
	18. Ma muudan ennast vastavalt sellele, kellega ma koos olen, et neile meeldida või nende heakskiitu saada.	.62
	37. Ma luban teistel inimestel end kritiseerida ja maha teha.	.70
	38. Suhetes lasen teisel inimesel domineerida	.51
	55. Ma lasen teistel oma tahtmist saada selle asemel, et oma vajadusi väljendada.	.71
	100. Ma käitun passiivselt isegi kui mulle ei	.66

	meeldi, kuidas asjad hetkel on.	
Suurustaja olek	10. Ma teen asju, et olla tähelepanu keskpunktis.	.50
	11. Mind ärritab, kui inimesed ei tee, mida ma neil teha palun.	.71
	27. Minu jaoks on oluline olla Number Üks (kõige populaarsem, kõige edukam, kõige rikkam, kõige võimukam jne)	.60
	31. Ma ei lepi paremuselt teise kohaga.	.66
	44. Ma teen mida tahan olenemata teiste inimeste vajadustest ja tunnetest.	.50
	81. Ma olen üsna kriitiline teiste inimeste suhtes	.74
	89. Ma pean olema parim kõiges, mida ma teen.	.73
	91. Ma olen teiste inimeste suhtes nõudlik.	.58
Impulsiivse lapse olek	12. Mul on raske oma impulsse kontrollida	.79
	15. Ma käitun impulsiivselt või väljendan oma emotsioone nii, et tekitan endale probleeme või teen teistele haiget	.81
	35. Ma järgin pimesi oma emotsioone.	.58
	40. Ma ei mõtle sellele, mida ma ütlen ja satun seetõttu probleemidesse või teen teistele inimestele haiget	.69
	66. Ma rikun reegleid ja hiljem kahetsen seda.	.55
	78. Ma ütlen, mida ma tunnen, või tegutsen impulsiivselt, ilma tagajärgedele mõtlemata.	.58
	97. Minu jaoks on võimatu oma impulsse kontrollida	.64
Distsiplineerimatu lapse olek	13. Kui ma ei suuda eesmärgini jõuda, siis ma ärritun kergesti ja loobun.	.95
	21. Ma ei distsiplineeri end, et rutiinseid või igavaid ülesandeid lõpuni teha.	.50
	65. Ma ei suuda end panna tegema asju, mis on minu jaoks ebameeldivad, isegi kui ma tean, et see on minu enda heaks.	.56
	70. Ma tüdinen kergesti ja kaotan asjade vastu huvi.	.75
	107. Ma olen laisk	.59
Raevnunud lapse olek	14. Mul esineb vihapurskeid	.81
	26. Kui ma tunnen viha, siis ma tihti ei suuda seda kontrollida, ja kaotan enesevalitsuse	.78
	46. Ma loobin asju, kui olen vihane.	.57
	54. Vihasena kaotan tihti kontrolli ja ähvardan teisi.	.70

	98. Vihasena ma lõhun asju	.58
	101. Mu viha väljub kontrolli alt.	.72
	123. Ma võin saada nii vihaseks, et tunnen end võimelisena kedagi ära tapma.	.50
Vihase lapse olek	22. Kui ma ei võitle enda eest, kasutatakse mind ära või ignoreeritakse.	.68
	42. Ma olen vihane, et inimesed püüavad võtta minult minu vabadust või iseseisvust.	.67
	47. Ma tunnen raevu teiste inimeste vastu	.64
	49. Minu sisse on kogunenud palju viha, mille pean endast välja laskma.	.70
	56. Kui keegi pole minu poolt, siis on ta minu vastu.	.57
	63. Ma olen vihane inimese peale, kes on mu maha jätnud või hüljanud.	.50
	76. Mind ajab vihale kui keegi ütleb mulle, mida ma peaksin tundma või kuidas käituma	.54
	79. Ma tunnen, et tahan inimestele välja öelda kõik selle kohta, kuidas nad on minuga käitunud	.61
	103. Ma tahaksin teiste peale oma viha välja valada või neile haiget teha asjade eest, mis nad mulle teinud on.	.64
Eemaldunud kaitsja olek	28. Ma tunnen ükskõiksust enamus asjade suhtes	.57
	33. Ma tunnen ennast külma ja südametuna teiste inimeste suhtes	.61
	34. Ma tunnen end eraldununa (ei ole kontaktis iseenda, oma emotsioonide või teiste inimestega).	.91
	39. Ma tunnen end teistest eraldununa.	.87
	43. Ma ei tunne midagi	.66
	59. Ma ei taha inimestega tegemist teha	.73
	64. Ma ei tunne sidet teiste inimestega.	.77
	75. Ma ei hooli millestki: miski pole mulle oluline	.57
	88. Ma tunnen, et olen tuim	.68
Terve täiskasvanu olek		
	62. Ma tean, millal väljendada oma emotsioone ja millal mitte.	.70
	73. Ma seisan oma vajaduste eest, arvestades ka teistega.	.71
	80. Ma oskan enda eest hoolitseda	.70
	85. Ma suudan õppida, areneda ja muutuda.	.61
	117. Ma suudan enda eest seista, kui tunnen, et mind on ebaõiglaselt kritiseeritud, halvasti	.55

	koheldud või ära kasutatud.	
	124. Ma tean, kes ma olen ja mida vajan, et olla õnnelik	.81
Eemaldunud eneserahustaja olek	41. Ma teen kõvasti tööd või sporti, et ma ei peaks mõtlema asjadele, mis mind endast välja viivad.	.63
	52. Mulle meeldib teha põnevaid või rahustavaid asju, et mitte keskenduda oma tunnetele (nt töötada, hasartmänge mängida, süüa, shopata, seksida, telekat vaadata).	.82
	57. Et mitte lasta end häirida tüütutest mõtetest ja tunnetest püüan end kogu aeg tegevuses hoida.	.84
	86. Ma püüan oma tähelepanu häirivatelt mõtetelt ja tunnetelt kõrvale juhtida.	.54

Kinnitava faktoranalüüsi tulemused näitasid, et 14-faktoriline skaala tõi hea tasemega adaptiivse väärtuse. Hii-ruut testi tulemus oli väiksem baasmudeli väärtusest χ^2 = 113484.554 (*df* = 4950) ning p-väärtus oli > .001, mis viitab sellele, et antud mudeli sobivus on hea. Ka teised indikaatorid viitasid mudeli heale sobivusele (Tabel 2). TLI ja CFI võiksid olla headuse näitajaks suuremad kui .9 ja RSMEA ja SRMR väiksemad kui .08 (Hu & Bentler, 1999).

Tabel 2

Kinnitava faktoranalüüsi mudeli headuse indeksid (*n* = 379)

Väidete arv	χ^2 (*df*)	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
124	10190.245 (7411) *p* < .001	.977	.976	.069	.032
100	4512.759 (4759) *p* = .995	1.000	1.002	.060	.000
124*	18374.70 (6694) *p* < .001	.980	.980	.066	.053

Märkus:*Lobbestael et al. (2010) originaaluuringu tulemused võrdluseks

Võrdlusanalüüsid skeemi olekute kategooriate ja diagnoosi olemasolu vahel

Viidi läbi dispersioonanalüüs ANOVA, et võrrelda, kas diagnoosi olemasolu eristab skeemi olekute kategooriate tulemusi. Diagnoosi olemasolu jaotus kolme gruppi: diagnoos on olemas (kliiniline), diagnoosi ei ole (mitte-kliiniline) ja ei soovi raporteerida. Analüüsi kaasati vaid kliiniline ja mitte-kliiniline grupp. Skeemi olekute kategooriad jaotusid neljaks: mittekohastumuslikud lapse olekud (haavatava lapse olek, vihase lapse olek, raevunud lapse olek, impulsiivse lapse olek, distsiplineerimatu lapse olek), toimetuleku olekud (suurustaja olek, eemaldunud kaitsja olek, eemaldunud eneserahustaja olek, kuuleka alistuja olek, ründaja olek), sisemise kriitiku olekud (nõudliku kriitiku olek, karistava kriitiku olek) ning kohastumuslikud olekud (õnneliku lapse olek, terve täiskasvanu olek). Skeemi olekute kategooriad saadi olekute faktorskooride kokku liitmisel. Mittekohastumuslike lapse olekute kategoorias, toimetuleku olekute kategoorias ning sisemise kriitiku olekute kategoorias olid statistiliselt olulised erinevused kliinilise ja mitte-kliinilise grupi vahelises võrdluses.

Kohastumuslike olekute kategoorias olid statistiliselt olulised erinevused nii diagnoosi raporteerinud vastajate skoorides kui ka diagnoosita vastajate skoorides. Täpsed tulemused on esitatud tabelis (Tabel 3) ning usalduspiirid gruppidevahelistes võrdlustes on välja toodud joonisel (Joonis 1).

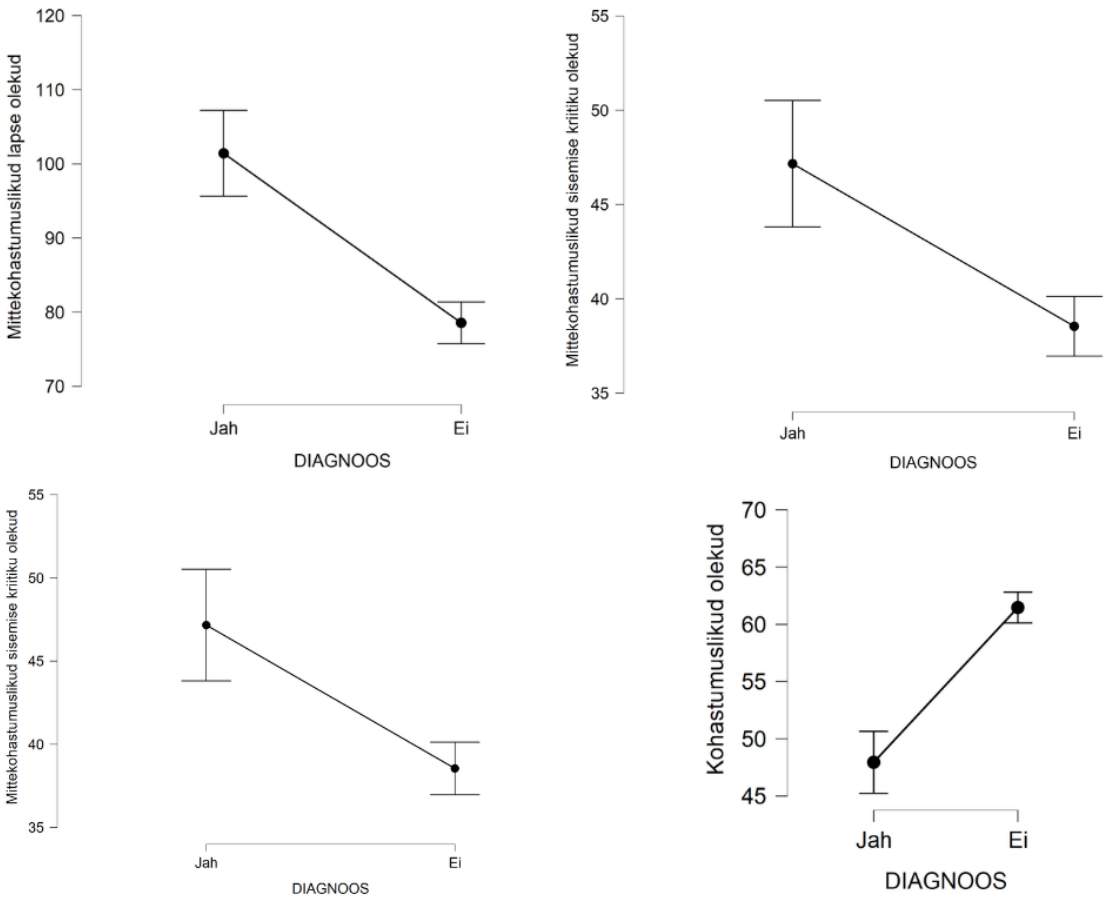
Tabel 3

Dispersioonanalüüs ANOVA tulemused skeemi olekute kategooriate ja diagnoosi gruppide võrdluses (n = 364)*

	n	*F*(*df*) *p*-väärtus	η^2	*M* (*SD*)
Mittekohastumuslikud lapse olekud		49.3 (1,153.5) $p < .01$	.14	
Kliiniline	103			101.4 (29.7)
Mitte-kliiniline	261			78.6 (23.2)
Mittekohastumuslikud toimetuleku olekud		33.0 (1, 362) $p < .01$	.08	
Kliiniline grupp	103			87.0 (23.4)
Mitte-kliiniline grupp	261			73.0 (20.1)

Mittekohastumuslikud sisemise kriitiku olekud		21.2 (1, 150) $p < .01$	.07	
Kliiniline grupp	103			47.2 (17.2)
Mitte-kliiniline grupp	262			38.5 (12.9)
Kohastumuslikud olekud		94.9 (1, 362) $p < .01$	.21	
Kliiniline grupp	103			47.9 (13.9)
Mitte-kliiniline grupp	261			61.5 (11.1)

Märkus:*Mittekohastumuslike sisemise kriitiku olekute kategoorias n = 365



Joonis 1

Dispersioonalanalüüsi (ANOVA) usalduspiirid skeemi olekute kategooriate ja diagnoosi gruppide vahelises võrdluses

Märkus: Usalduspiirid on intervalliga 95% ja näitavad standardviga

Skeemi olekute sisemine konsistentsus

Reliaablusanalüüs viidi läbi nendele väidetele, mis jäid skeemi olekute küsimustikku alles peale faktoranalüüsi ehk 124 väite asemel 100 väidet. Reliaablusanalüüs koondatult olekutele näitas, et Cronbachi α =. 84 oli kõrgem kui .70, mis on välja toodud aktsepteeriva suurusena (Nunnally & Bernstein, 1994). Kõigi olekute reliaablusnäitaja väärtus oli kõrgem kui .70, va ründaja olek. Tulemused on esitatud tabelina (Tabel 4).

Tabel 4

Sisemine konsistentsus skeemi olekute kaupa (*n* = 379)

Skeemi olek	Cronbachi α	Väidete arv	Väidete keskmine laadung
Mittekohastumuslikud lapsed olekud			
Haavatava lapse olek	.94	10	.77
Impulsiivse lapse olek	.83	7	.66
Raevunud lapse olek	.86	7	.67
Distsiplineerimatu lapse olek	.81	5	.67
Vihase lapse olek	.84	9	.62
Mittekohastumuslikud toimetuleku olekud			
Ründaja olek	.66	4	.60
Eemaldunud eneserahustaja olek	.80	4	.71
Eemaldunud kaitsja olek	.90	9	.71
Kuuleka alistuja olek	.82	6	.65
Suurustaja olek	.84	8	.63
Mittekohastumuslikud sisemise kriitiku olekud			
Nõudliku kriitiku olek	.85	7	.68
Karistava kriitiku olek	.89	10	.66
Kohastumuslikud olekud			
Õnneliku lapse olek	.90	8	.76
Terve täiskasvanu olek	.83	6	.68

Koond	**.84**	**100**	**.68**

Skeemi olekute vahelised korrelatsioonid

Olekute korrelatsioonanalüüsid tehti faktorskooride põhjal. Kõik kohastumuslikud olekud on negatiivses korrelatsioonis mittekohastumuslike olekutega. Kohastamuslikud olekud on omavahel positiivselt seotud ning mittekohastumuslikud olekud on ka omavahel positiivses korrelatsioonis. See tulemus saadi ka 2018.aastal läbi viidud pilootuuringus (Lehtme, 2018). Kõigi olekute vahel olid statistiliselt olulised korrelatsioonid. Täpsed tulemused on toodud järgnevas tabelis (Tabel 5).

Tabel 5
Olekute vahelised korrelatsioonid (Pearsoni *r*, *n* = 379)

	BA	HC	PP	VC	DP	CS	SA	IC	UC	EC	AC	DPT	HA
HC	-.34*												
PP	.36*	-.63*											
VC	.38*	-.78*	.74*										
DP	.39*	-.41*	.64*	.51*									
CS	.33*	-.46*	.63*	.62*	.53*								
SA	.60*	-.26*	.35*	.35*	.55*	.26*							
IC	.49*	-.39*	.49*	.52*	.36*	.44*	.46*						
UC	.40*	-.42*	.43*	.51*	.29*	.46*	.30*	.55*					
EC	.46*	-.35*	.37*	.37*	.22*	.20*	.33*	.62*	.28*				
AC	.61*	-.54*	.55*	.62*	.52*	.43*	.59*	.65*	.48*	.56*			
DPT	.51*	-.68*	.63*	.78*	.45*	.56*	.41*	.44*	.50*	.37*	.54*		
HA	-.27*	.77*	-.51*	-.58*	-.26*	-.48*	-.12*	-.43*	-.40*	-.31*	-.36*	-.52*	
DSS	.34*	-.38*	.43*	.46*	.53*	.36*	.36*	.41*	.28*	.28*	.55*	.41*	-.24*

Märkus: BA = ründaja olek; HC = õnneliku lapse olek; PP = karistava kriitiku olek; VC = haavatava lapse olek; DP = nõudliku kriitiku olek; CS = kuuleka alistuja olek; SA = suurustaja olek; IC = impulsiivse lapse olek; UC = distsiplineerimatu lapse olek; EC = raevunud lapse olek; AC = vihase lapse olek; DPT = eemaldunud kaitsja olek; HA = terve täiskasvanu olek; DSS = eemaldunud eneserahustaja olek;* = $p < .05$

Skeemi olekute korrelatsioonid EEK-2 skaaladega

Kõik mittekohastumuslikud olekud oli statistiliselt olulises positiivses korrelatsioonis kõikide EEK-2 skaaladega. Terve täiskasvanu olek ja õnneliku lapse olek olid statistiliselt olulises negatiivses korrelatsioonis kõikide EEK-2 skaaladega. Korrelatsioonid jäid vahemikku r = .11 kuni r = .84 mittekohastumuslike olekute ja EEK-2 skaalade vahel ning vahemikku r = -.24 kuni r = -.77 kohastumuslike olekute ja EEK-2 skaalade vahel. Täpsed korrelatsioonid on välja toodud tabelis (Tabel 6).

Tabel 6

Skeemi olekute skaalade korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega (Pearsoni *r*, *n* = 379)

	EEK-dep	EEK-ärev	EEK-pa	EEK-sf	EEK-as	EEK-uni
IC	.51*	.54*	.36*	.30*	.45*	.31*
UC	.52*	.41*	.28*	.36*	.52*	.22*
AC	.58*	.59*	.39*	.31*	.49*	.33*
EC	.40*	.47*	.31*	.25*	.34*	.25*
VC	.84*	.59*	.49*	.54*	.55*	.35*
HC	-.77*	-.52*	-.41*	-.42*	-.49*	-.35*
CS	.50*	.42*	.36*	.42*	.35*	.20*
BA	.37*	.36*	.23*	.22*	.31*	.20*
SA	.28*	.37*	.19*	.11*	.26*	.19*
DPT	.67*	.44*	.38*	.46*	.48*	.27*
DSS	.45*	.46*	.29*	.31*	.38*	.29*
DP	.45*	.51*	.26*	.34*	.35*	.22*
PP	.73*	.58*	.46*	.47*	.45*	.34*
HA	-.62*	-.44*	-.37*	-.43*	-.41*	-.24*

Märkus: IC = impulsiivse lapse olek, UC = distsiplineerimatu lapse olek, AC = vihase lapse olek, EC = raevunud lapse olek, VC = haavatava lapse olek, HC = õnneliku lapse olek, CS = kuuleka alistuja olek, BA = ründaja olek, SA = suurustaja olek, DPT = eemaldunud kaitsja olek, DSS = eemaldunud eneserahustaja olek, DP = nõudliku kriitiku olek, PP = karistava kriitiku olek, HA = terve täiskasvanu olek; EEK-dep = depressiooni skaala, EEK-ärev = üldistunud ärevuse skaala, EEK-pa = paanikahäire skaala, EEK-sf = sotsiaalfoobia skaala, EEK-as = asteenia skaala, EEK-uni = unehäirete skaala, * = $p < .05$

ARUTELU

Skeemi olekute küsimustiku eesti keelde kohandamise pilootuuringust kasvas välja vajadus nimetatud küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi edasi uurida (Lehtme, 2018). Sellest tulenevalt oli antud töö üks eesmärke ka eestikeelse skeemi olekute küsimustiku psühhomeetrilist struktuuri täiendavalt hinnata ning analüüsidesse kaasata ka kliinilist valmit, et oleks võimalik laialdasemaid järeldusi teha. Uurimuses viidi läbi kinnitav faktoranalüüs, sisemise konsistensuse analüüs, korrelatsioonanalüüsid ning dispersioonanalüüs ANOVA gruppide võrdlemiseks.

Antud töös testiti kolme hüpoteesi, mis kõik leidsid kinnitust. See tähendab, et skeemi olekute küsimustiku eestikeelne kohadus on psühhomeetriliste omaduste poolest võrreldav varasemates uuringutes saadud tulemustega. Lisaks sellele on kliinilise valimi skoorid mittekohastumuslikes skeemi olekutes kõrgemad kui mitte-kliinilises valimis ning kohastumuslikes skeemi olekutes madalamad kui mitte-kliinilises valimis. Kolmandaks on mittekohastumuslikud skeemi olekud EEK-2 alaskaaladega positiivses seoses ja kohastumuslike skeemi olekutega negatiivses seoses.

Kinnitava faktoranalüüsi tulemused näitasid, et 14-faktoriline mudel on sobiv. See tulemus saadi ka pilootuuringus, kuid analüüsimeetod oli kinnitava faktoranalüüsi asemel peakomponentide meetod (Lehtme, 2018). Kinnitava faktoranalüüsi mudeli headuse hindamisel selgus, et küsimustikus on 24 väidet, mille välja jätmine parandas mudeli headust olulisel määral. Väiteid jäeti mudelist välja faktorlaadungi väärtuse (< .5) põhjal. Samal viisil toimiti ka originaaluuringus (Lobbestael et al., 2010). Seega võib öelda, et eestikeelsena on sobiv 14-faktoriline mudel, mis koosneb 100 väitest. See võib tähendada, et 24 väidet, mille faktorlaadung jäi alla adekvaatset väärtust, tulekski küsimustikust välja jätta. Nende väidete madalad faktorlaadungid võivad tulenenda sellest, et nende väidete tõlked ei aita eristada skeemi olekuid, mille alla need kuuluma peaksid. Sarnaseid tulemusi on saadud ka teistes hiljuti avaldatud uuringutes (Aytaç et al., 2020; Keulen-de Vos et al., 2017; Song & Lee, 2020). Skeemi olekute küsimustiku kohandamine korea keele- ja kultuuriruumi viitas 13-faktorilisele mudelile ning kinnitav faktoranalüüs näitas sobivust 61 väitega struktuurile (Song & Lee, 2020). Türgi uuringust selgus, et 14-faktoriline mudel on sobiv ning mudeli headust näitasid nii 118 väitega kui ka 113 väitega struktuur (Aytaç et al., 2020). Kliiniliselt on eelistatud kasutada 14-faktorilist mudelit, mida võib nelja kategooriasse jaotada (mittekohastumuslikud lapse olekud, mittekohastumuslikud toimetuleku olekud, mittekohastumuslikud sisemise kriitiku olekud ja kohastumuslikud olekud), võttes arvesse

mudeli sobivusindekseid, *TLI* = .956; *CFI* = .957; *RMSEA* = .057; *SRMR* = .069 (Panzeri et al., 2019). Antud töös näitas 100 väitega mudel väga häid tulemusi sobivusindeksite näol. Sarnaselt häid tulemusi on saadud ka originaaluuringus (Lobbestael et al., 2010) ning hiljutises Song & Lee (2020) uuringus (*TLI* = .903; *CFI* = .934; *RMSEA* = .05).

Skeemi olekute alaskaalade sisemine konsistenstus ja reliaablusanalüüsid andsid varasemate uuringutega ja pilootuuringuga võrreldavaid tulemusi. Reliaablusanalüüs näitas, et olekute keskmine Cronbachi α =. 84 oli kõrgem kui .70. See kinnitab pilooturingus saadud tulemust α =. 84 (Lehtme, 2018) ning olekute kattuvust, kuid siiski teineteisest eristumist. See on skeemi olekute teoreetiline eeldus. Samuti kinnitus skeemiteraapia teoreetilisest mudelist lähtuv, et mittekohastumuslikud olekud on omavahel positiivselt seotud ja kohastumuslike olekutega negatiivses seoses ning vastupidi. Seega sai esimene hüpotees, et eestikeelne kohandus skeemi olekute küsimustikule on oma psühhomeetriliste omaduste poolest võrreldav varasemates uuringites saadud tulemustega, kinnitatud.

Dispersioonanalüüside (ANOVA) tulemused viitasid sellele, et kliinilise grupi skoorid kõigis mittekohastumuslikes olekutes olid statistiliselt oluliselt kõrgemad võrreldes mitte-kliinilise grupiga. Lisaks sellele olid mitte-kliinilise grupi tulemused kohastumuslikes olekutes statistiliselt oluliselt kõrgemad kui kliinilises grupis. Kliinilist gruppi määratleti diagnoosi raporteerinud vastajate järgi ning mitte-kliinilist gruppi määratleti diagnoosi mitteraporteerinud vastajate järgi. Seega püstitatud hüpotees (H2), et kliinilise valimi skoorid mittkohastumuslikes skeemi olekutes on kõrgemad kui mitte-kliinilises valimis ning kohastumuslikes skeemi olekutes madalamad kui mitte-kliinilises valimis, sai samuti kinnitatud. See tulemus kinnitab varasemalt kirjanduses välja toodud erinevusi kliinilise ja mitte-kliinilise valimi vahel. Näiteks Spinhoven et al. (2007) leidsid, et tendents kõrgematele skooridele mittekohastumuslikes skeemi olekutes on seotud psühhopatoloogiaga, sh depressiooni ja ärevushäiretega. Lisaks sellele on näidatud ka söömishäirete keskmiselt kõrgemaid skoore mittekohastumuslikes skeemi olekutes, eriti eemaldunud kaitsja ja eemaldunud eneserahustaja olekutes, ja kohastumuslikes madalamad skoore võrreldes tavapopulatsiooniga (Volderholzer et al., 2014). Mitmed isiksusehäireid kaardistavad uuringud toovad välja tugevaid positiivseid seosed mittekohastumuslike skeemi olekute ja negatiivseid seoseid kohastumuslike skeemi olekute vahel (Keulen de-Vos et al., 2017; Lobbestael et al., 2009).

Uuringus viidi läbi ka korrelatsioonanalüüsid EEK-2 alaskaaladega. Varasemate uuringute põhjal püstitati hüpotees (H3), et mittekohastumuslikud skeemi olekud on EEK-2 alaskaaladega positiivses seoses ning kohastumuslikud skeemi olekud negatiivses seoses.

Tulemused näitasid, et see hüpotees sai kinnitust. Kõigi mittekohastumuslike skeemi olekute tulemused oli statistiliselt olulises seoses EEK-2 alaskaaladega. Kohastumuslike skeemi olekute skoorid aga olid statistiliselt olulises negatiivses seoses EEK-2 alaskaaladega. Sarnaseid tulemusi saadi ka pilootuuringus (Lehtme, 2018). EEK-2 alaskaalad viitavad emotsionaalse enesetunde kõrvalekalletele, mistõttu on oodatav, et terve täiskasvanu ja õnneliku lapse olekud, mis kirjeldavad baasiliste vajaduste rahuldatust ja head toimetulekut ning funktsionaalseid vastuseid ümbritsevale keskkonnale, on negatiivses korrelatsioonis kõigi EEK-2 alaskaaladega. Samal põhjusel on mõistetav ka, et EEK-2 alaskaalad on positiivses korrelatsioonis mittekohastumuslike olekutega. Mittekohastumuslikud olekud kirjeldavad puudujääke baasiliste emotsionaalsete vajaduste rahuldamises. Täpsemalt on huvitav välja tuua, et EEK-2 depressiooni alaskaalaga olid statistiliselt olulises positiivses ja tugevas korrelatsioonis haavatava lapse olek, karistava kriitiku olek ning eemaldunud kaitsja olek, mis peegeldavad emotsioone ja kognitsioone, mida ka EEK-2 alaskaalad hindavad ning olekud, mis peegeldavad käitumuslikku komponenti jäid madalama korrelatsiooniga, mida EEK-2 otseselt ka ei hinda.

Töös on ka mõningaid piiranguid. Üks oluline mõjutegur antud töö valmimisel oli ülemaailmne pandeemia, mille tõttu ei saanud kliinilisse valmisse kaasatud nii suur hulk inimesi, kui esialgu planeeritud oli. Seetõttu tehti käesolevas töös analüüse kogu valimil koos, mitte jaotatult. Samal viisil on analüüse läbi viidud ka teistes sarnase eesmärgiga uuringutes, eriti faktoranalüüsi puhul (Aytaç et al., 2020; Song & Lee, 2020). Samas on oluline silmas pidada, et saadud tulemused faktormudeli sobivuse hindamisel võivad olla kallutatud valimi väiksuse tõttu. Faktormudeli sobivuse hindamise standardiks on kümme korda suurem valim kui analüüsitavate väidete arv. Antud töös see kriteerium täidetud ei olnud.

Kliinilise valimi väiksuse tõttu ei olnud võimalik läbi viia võrdlusanalüüse erinevate diagnooside jaotuses. See on kindlasti üks tulevikuperspektiiv, mida skeemi olekute küsimustiku kohandamise jätkamisel silmas pidada. Antud töös jaotati kliiniline ja mitte-kliiniline grupp dispersioonanalüüside läbi viimiseks jah-ei kategooria järgi, mitte spetsiifilise häire diagnoosi alusel. See võis dispersioonaanalüüsi tulemusi mõjuta, sest diagnoosi raporteerisid osalejad enesekohaselt ja vabatahtlikkuse alusel, ainult kliinilise valimi kogumisel oli diagnoos selgelt määratletud kliinilise psühholoogiga koostöös. Seega tulemuste üldistamiseks on oluline kliinilist valimit veel juurde koguda.

Kokkuvõttes võib väita, et antud töö on täitnud oma põhilise eesmärgi ning panustab oluliselt skeemiteraapiat praktiseerivate spetsialistide töövahendite täiustamisesse. Nimelt on

eestikeelse skeemi olekute küsimustiku faktorstruktuur võrreldav varasemalt läbiviidud uuringutes saadud tulemustega. Lisaks sellele on selgunud, et eestikeelsena on sobiv 100-väiteline mudel 124-väitelise mõõdiku asemel. See tähendab, et välja jäänud 24 väidet ei mõõtnud eestikeelsena nii hästi olekuid, mille alla need esialgu kuulusid. Lühem küsimustik tähendab ka lühemat administeerimisaega, mis on andmete kogumisel osalejatele kergenduseks. Antud töö on oluline ja täienenud panus eestikeelse skeemi olekute küsimustiku praktikas kasutusele võtmise protsessis.

Tänusõnad

Soovin südamest tänada oma julgustavaid, toetavaid ja inspireerivaid juhendajaid Kaia Kastepõld-Tõrsi ja Karin Tähte, kes aitasid nii hea sõnaga kui ka sisuliste ja andmetöötlusliste küsimuste lahendamisega. Samuti olen tänulik igale uuringus osalejale ning eriline tänu kuulub kõigile koostööpartneritele kliinilise valimi kaasamisel.

Kasutatud kirjandus

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*(6), 443-449.

Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 226-239.

Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester, UK: Wiley- Blackwell.

Aytaç, M., Köse Karaca, B., & Karaosmanoğlu, A. (2020). Turkish adaptation of the Short Schema Mode Inventory. *Clinical psychology & psychotherapy*, *27*(3), 346-363.

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

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, *25*(4), 257-276.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, *6*(1), 1-55.

Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology*, *22*(2), 420-441.

Khalily, M. T., Wota, A. P., & Hallahan, B. (2011). Investigation of schema modes currently activated in patients with psychiatric disorders. *Irish journal of psychological medicine*, *28*(2), 76-81.

Lehtme, E. (2018). Skeemi moodide küsimustiku (SMI) eesti keelde kohandamine: pilootuuring. Uurimistöö. Tartu ülikool, psühholoogia instituut.

Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior research methods*, *48*(3), 936-949.

Lobbestael, J. (2012). Validation of the Schema Mode Inventory. M. Van Vreeswij, J. Broersen & M. Nadort (Toim.). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (lk 541-550). John Wiley & Sons.

Lobbestael, J., Arntz, A., Löbbes, A., & Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *40*(4), 571-579.

Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour research and therapy*, *46*(7), 854-860.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(04), 437-458

Panzeri, M., Carmelita, A., De Bernardis, E., Ronconi, L., & Dadomo, H. (2016). Factor structure of the Italian short Schema mode Inventory (SMI). *International Journal of Humanities and Social Science*, *6*(2), 43-55.

Panzeri, M., Fontanesi, L., Busà, C., Carmelita, A., Ronconi, L., & Dadomo, H. (2019). A Contribution to Validation of the Short Schema Mode Inventory in an Italian Clinical Versus Non-clinical Population. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *37*(2), 149-171.

Reiss, N., Dominiak, P., Harris, D., Knörnschild, C., Schouten, E., & Jacob, G. A. (2012). Reliability and validity of the German version of the Schema Mode Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*.

Reiss, N., Krampen, D., Christoffersen, P., & Bach, B. (2016). Reliability and validity of the Danish version of the Schema Mode Inventory (SMI). *Psychological assessment*, *28*(3), e19

Riaz, M. N., & Khalily, T. (2013). Translation, adaptation, and cross language validation of short Schema Mode Inventory (SMI). *Pakistan Journal of Psychological Research*, *28*(1).

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.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *75*(1), 104.

Song, Y., & Lee, E. (2020). Validity of the Korean Version of the Schema Mode Inventory (SMI). *International Journal of Advanced Culture Technology*, *8*(1), 248-256.

Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Brockman, R., & Simpson, S. (2015). Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal of eating disorders*, *3*(1), 1-4.

Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., ... & Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, *47*(1), 24-31.

Yakın, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *126*, 103-553.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *The schema mode inventory (SMI)*. New York, NY: Schema Therapy Institute

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M. & Klokman, J. (2014). *Schema Therapy Inventories and related materials*. E-book, version 2.5. http://www.schematherapy.org

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Enely Lehtme,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose
Skeemi olekute küsimustiku (SMI) eestikeelse kohanduse täiendamine,
mille juhendajad on Kaia Kastepõld-Tõrs ja Karin Täht,
reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commonsi litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Enely Lehtme
31.05.2021