

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Adriana Vassiljev

MITTEKOHASTUMUSLIKE SKEEMIDE, OLEKUTE JA TRAUMAKOGEMUSTE SEOS  
UIMASTIVALIKUGA SÕLTUVSHÄIREGA PATSIENTIDEL

Magistritöö

Juhendaja: Kaia-Kastepõld Tõrs, MSc

Tartu 2025

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

## Mittekohastumuslike skeemide, olekute ja traumakogemuste seos uimastivalikuga sõltuvushäirega patsientidel

### Kokkuvõte

Antud töös uuriti stimulantide ja depressantide sõltuvuses olevaid inimesi. Uurimistöö keskne küsimus oli, millised mittekohastumuslikud skeemid, skeemi olekud ja traumakogemused eristavad stimulantide ja depressantide sõltuvuses olevaid inimesi. Uuringus osales 101 sõltuvushäirega patsienti, kes jagunesid stimulantide tarvitajate ( $n = 42$ ) ja depressantide tarvitajate ( $n = 59$ ) gruppidesse. Andmeid koguti Youngi skeemiküsimustiku (*Young Schema Questionnaire – Short Version 3, YSQ-3*), Skeemi olekute küsimustiku (*Schema Mode Inventory, SMI*) ja Rahvusvahelise Traumasündmuste Küsimustiku (*International Trauma Exposure measure, ITEM*) eesti- ja venekeelsete testide abil. Tulemustes selgus skeemide ja skeemi olekute tasandil statistiliselt oluline erinevus gruppide vahel. Skeemides ja olekutes erinevust pärast mitmese mõõtmise korrigeerimist ei olnud. Küll aga näitasid tulemused trende, mille kohaselt stimulantide tarvitajaid iseloomustasid kõrgemad skoorid eraldiseisvalt skeemides “usaldamatus”, “heakskiidu otsimine” ja “grandioossus” ning olekutes “suurustlev”, “ründaja” ja “eemaletõmbunud eneserahustaja”. Depressantide tarvitajaid iseloomustasid kõrgemad skoorid skeemides “allutatus” ja “läbikukkumine” ning olekutes “järeleandlik alistuja” ja “eemaletõmbunud kaitsja”. Traumade sageduses olulisi erinevusi ei selgunud, kuid depressantide tarvitajate grupil oli tendents kogeda rohkem traumasündmusi lapseas. Töö tulemused toetavad skeemiteraapia teoreetilist mudelit ning viitavad skeemide ja olekute üldmuustrile kui potentsiaalsele suunaviidale sekkumiste planeerimisel sõltuvushäirete ravis.

Märksõnad: sõltuvushäire; stimulantid; depressandid; mittekohastumuslikud skeemid; skeemi olekud; traumakogemused.

**The relationship between maladaptive schemas, schema modes, traumatic experiences, and substance choice in addiction**

**Abstract**

This study examined individuals with stimulant and depressant substance use disorder. The central research question aimed to identify which early maladaptive schemas, schema modes and traumatic experiences differentiate stimulant users from depressant users. The sample consisted of 101 patients diagnosed with a substance use disorder, divided into stimulant users (n = 42) and depressant users (n = 59). Data were collected using the estonian and russian versions of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3), the Schema Mode Inventory (SMI), and the International Trauma Exposure Measure (ITEM). Results indicated a statistically significant overall difference between the groups at the level of schemas and schema modes. Although no individual schemas or modes remained statistically significant after correction for multiple comparisons, clear trends emerged. Stimulant users showed higher scores in the schemas “mistrust”, “approval-seeking” and “entitlement/grandiosity” and in the modes “self-aggrandizer”, “bully and attack” and “detached self-soother”. In contrast, depressant users were characterized by higher scores in the schemas “subjugation” and “failure” and in the modes “compliant surrender” and “detached protector”. No statistically significant differences emerged in the frequency of trauma types, although depressant users tended to report more childhood traumatic experiences. The findings support the theoretical framework of schema therapy and suggest that the overall pattern of schemas and schema modes may serve as a potential guide for tailoring interventions in the treatment of substance use disorders.

Keywords: substance use disorder; stimulants; depressants; early maladaptive schemas; schema modes; traumatic experiences.

## Sissejuhatus

Sõltuvushäired on seotud miljonite igaastaste varajaste surmadega, põhjustades üledoseerimist, enesetappe ja füüsilisi haiguseid (Dickey et al., 2002). Vaatamata mitmekesistele sekkumistele, programmidele kuni ravimravini, on uimastitega seotud surmade arv maailmas jätkuvalt tõusuteel ning ilmub üha rohkem uusi uimastite liike, mille tarvitamine ohustab kasutajate elu ja tervist (Dickey et al., 2002; United Nations Office on Drugs and Crime, 2024). Ühiskonnas on siiani laialt levinud uskumus, et sõltuvushäirest vabanemiseks on tarvis ennekõike tugevat tahtejõudu (Snoek, Levy & Kennett, 2016). Viimaste kümnendite teadusuuringud on aga näidanud, et sõltuvused ei tulene pelgalt tahtejõu puudumisest, vaid on seotud psühholoogiliste mustrite, varajaste kogemuste ja emotsionaalsete toimetuleku mehhanismidega (Snoek, Levy, & Kennett, 2016; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Edukas taastumine eeldab teadlikke ja süsteemseid muutusi inimese psühholoogilistes mustrites, emotsionaalses toimetulekus ja eluviisis (Snoek, Levy & Kennett, 2016). Seetõttu on üha olulisem, et sõltuvushäireid käsitletaks mitmetasandiliselt ning nende mõistmisel kaasataks süvitsi minevaid psühholoogilisi ja arengulisi tegureid, mis aitavad kujundada tõhusamaid sekkumisi. Käesolev töö uurib, kuidas düsfunktsionaalsed psühholoogilised mustrid, toimetulekuvõidid ja traumad võivad olla seotud erinevate uimastite eelistamisega, keskendudes stimulantide ja depressantide tarvitajate profiilide võrdlusele.

## Uimastisõltuvus

Uimastisõltuvus on krooniline haigus, mida iseloomustab kompulsiiivne uimastitarvitamine ja selle jätkamine ka siis, kui see toob kaasa tõsiseid negatiivseid tagajärgi (American Psychiatric Association, 2013). Vastavalt rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni kümnendale versioonile (RHK-10, 1993) kujutab sõltuvus endast somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete sümptomite kogumit, mille puhul aine tarvitamine on keskne osa inimese elus ja asendab ka varasemad prioriteedid (RHK-10, 1993). RHK-10 kohaselt võib sõltuvust diagnoosida kui viimase aasta jooksul on esinenud vähemalt kolm järgnevatest sümptomitest: (a) tugev tung või sundmõte ainet tarvitada; (b) võimetus kontrollida tarvitamise algust, kestust või kogust; (c) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkis võõrutusseisund, sh aine tarvitamine võõrutussümptomite leevendamiseks; (d) on tekkinud tolerantsus, mis tähendab

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

vajadust suurendada aine kogust, et saavutada varasem toime; (e) suurem osa teistest vaba aja veetmise viisidest asenduvad ajaga, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest taastumisele; (f) aine tarvitamise jätkamine vaatamata tervise- ja elukvaliteedi kahjustustele (RHK-10, 1993). Seega sõltuvus kujuneb välja korduva uimastitarvitamise tagajärjel, mis põhjustab muutusi aju toimimises, mis omakorda intensiivistab sõltuvuskäitumist. Nende neurobioloogiliste muutuste tõttu võib uimastitest loobumine osutuda väga keeruliseks protsessiks, isegi kui inimene seda väga soovib (Volkow, Koob, & McLellan, 2016).

Lisaks ajukeemia muutustele raskendavad tervenemist ka muud tegurid. Tihti esinevad uimastisõltuvusega patsientidel ka teised sõltuvused (*cross-addiction*), näiteks käitumuslikud sõltuvused nagu hasartmängud või impulsiivne seksuaalkäitumine (Lacy, 2024). Sõltuvushäired on sageli ka komorbiidsed isiksushäiretega, umbes 60-65% sõltuvushäirega patsienti vastavad ka vähemalt ühe isiksushäire diagnostilistele kriteeriumitele (Lacy, 2024). Lisaks on sõltuvushäirete kujunemine tugevalt seotud traumakogemustega (Lacy, 2024). Kogu seda keerukust kinnitavad ka sõltuvushäirete riskitegurite ülevaate artiklid. Näiteks Devi ja Singh (2023) arutlesid, et sõltuvushäire kujunemisel on olulised mitmeid riskifaktorid. Sealhulgas perekondlikud negatiivsed suhted ja sõltuvusprobleemid peres; sotsiaalne surve; impulsiivsus; traumakogemused; meeleoluhäired; madal haridustase; vaesus; tööpuudus ning palju muud (Devi & Singh, 2023). Autorid rõhutavad, et keskkondlikud ja geneetilised tegurid toimivad koosmõjus ning seeläbi loovad pinnase, kus sõltuvuskäitumine kujuneb esmalt välja toimetulekuviisina (Devi & Singh, 2023; Lacy, 2024).

Sõltuvuskäitumist on seostatud toimetulekuviisiga ning üks selgitav mehhanism on eneseravi (*self-medication*) (Elmquist et al., 2015). Patsiendid on toonud välja, et kasutavad aineid toimetulekuks negatiivsete või intensiivsete emotsioonidega (Elmquist et al., 2015). Seetõttu on mitmetes uuringutes rõhutatud vajadust raviviiside järgi, mis sihiks üheaegselt nii sõltuvust kui selle aluseks olevaid psühholoogilisi mustreid (Sakulsriprasert et al., 2022; Elmquist et al., 2015). Üks võimalik sekkumisviis on keskendumine varastele mittekohastumuslikele skeemidele. Uuringud on näidanud, et kõrgemad skoorid skeemides esinevad laialdaselt sõltuvushäiretega inimeste seas (Brotchie et al., 2004; Shorey et al., 2013).

## **Varased mittekohastumuslikud skeemid**

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Käesolevas töös analüüsitakse uimastitarvitajate varaseid mittekohastumuslikke skeeme (edaspidi ka "skeemid") Jeffrey Youngi poolt loodud skeemiteraapia mudelist (Young, 1990) lähtuvalt. Young töötas skeemiteraapia välja 1990. aastatel, soovides luua tõhusama terapeutilise lähenemise just keerukamate ja sügavamalt juurdunud psühholoogiliste probleemide käsitlemiseks (Young et al., 2003). Patsientidega töötades täheldas ta korduvaid mustreid, kus teatud tüüpi lapsepõlvkogemused põhjustasid sarnaseid raskusi täiskasvanueas (Young et al., 2003). Selliste tähelepanekute põhjal järeltas Young, et skeemid kujunevad välja olukordades, kus lapse baasilised emotsionaalsed vajadused jäävad korduvalt rahuldamata (Young et al., 2003). Nende vajaduste hulka kuuluvad (a) turvaline seotus teistega; (b) autonoomsus, identiteeditunne (c) vabadus väljendada enda emotsioone (d) mängulisus ja spontaansus (e) realistlikud piirid ja enesekontroll (Young et al., 2003). Vajaduste rahuldamata jätmisel kinnistuvad aja jooksul need skeemid ning mõjutavad inimese mõtlemis-, tundmis- ja käitumismustreid, viies erinevate psühholoogiliste probleemideni (Young, 1990).

Seega skeemid kujunevad enamasti lapsepõlves või noorukieas ning jäävad püsima kogu eluks. Need on düsfunktsionaalsed mustrid, mis hõlmavad mälestusi, emotsioone, mõtteid ja kehalisi aistinguid (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Young, 1990). Skeemid toimivad kui sisemised "filtrid", mille kaudu inimene hilisemas elus kogemusi tõlgendab ja töötleb. Youngi teooria kohaselt on olemas 18 erinevat varast mittekohastumuslikku skeemi, mis jagunevad viide sisulisse valdkonda (Tabel 1). (Young, Klosko, & Weishaar, 2003)

### Tabel 1

*Varased mittekohastumuslikud skeemid (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018)*

<b>Skeemivaldkond ja skeem</b>	<b>Kirjeldus</b>
<b>Eraldatus ja tõrjutus</b>	
Hüljatus/ebastabiilsus	Pidev hülgamise hirm; eeldus, et olulised suhted katkevad
Usaldamatus/hirm saada	Eeldus, et teised teevad meelega haiget, alandavad või petavad väärkoheldud
Emotsionaalne deprivatsioon	Usk, et emotsionaalsed vajadused jäävad rahuldamata
Puudulikkus / häbi	Taju, et ollakse alaväärne, mittetahetud, armastust mitte vääriv
Sotsiaalne isoleeritus	Usk, et ollakse teistest nii erinev, et ei kuuluta ühtegi gruppi

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

---

### **Kahjustunud autonoomia**

---

Sõltuvus/ebapädevus	Usk, et ei suudeta iseseisvalt toime tulla, vajatakse pidevat abi
Haavatavus ohu suhtes	Tugev kartus, et kohe juhtub katastroof (haigus, õnnetus vms)
Üleseotus	Tugev sõltuvus teistest, selge identiteedi puudumine
Läbikukkumine	Usk, et ollakse olemuslikult ebaõnnestunud ja ebapädev

---

### **Kahjustunud piirid**

---

Grandioossus	Usk, et ollakse teistest üle ning vääratakse erikohtlemist
Puudulik enesekontroll	Raskused eneseregulatsioonis ja impulsside kontrollimisel

---

### **Teistele Suunatus**

---

Allutatus	Oma vajaduste allasurumine teiste soovide ees, vältimaks viha või karistust
Heakskiidu otsimine	Tugev vajadus teiste tunnustuse ja aktsepteerimise järele, isegi enesehinnangu arvelt
Eneseohverdus	Kalduvus rahuldada teiste vajadusi enda arvelt, vältimaks süütunnet või valu põhjustamist

---

### **Ülivalvsus ja pidurdatus**

---

Negatiivsus / pessimism	Keskendumine elu negatiivsetele külgedele (kaotus, valu, eksimused jne)
Emotsionaalne pidurdatus	Tunnete ja impulsside allasurumine, vältimaks häbi või kontrolli kaotamist
Jäigad standardid	Usk, et tuleb olla täiuslik vältimaks kriitikat või pettumust
Sallimatu karistavus	Kalduvus karistada ennast ja teisi eksimuste eest.

---

Varasemad uuringud on korduvalt näidanud, et mittekohastumuslikud skeemid on oluliselt tugevamalt väljendunud inimestel, kes kannatavad sõltuvushäirete all võrreldes inimestega, kellel teadaolevalt sõltuvushäiret ei ole (Brotchie et al., 2004; Roper et al., 2010; Khosravani et al., 2017; Sakulsriprasert et al., 2022). Näiteks Sakulsriprasert et al. (2022) viisid läbi metaanalüüsi 33 uuringu baasil, kus võrreldi skeemide avaldumist sõltuvushäirega valimil ja mitte kliinilisel valimil. Autorid said järeldada, et kõik skeemid olid positiivses korrelatsioonis

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

sõltuvuskäitumisega. Kõige tugevamalt oli märgata seost “eraldatus ja tõrjutus”, “kahjustunud autonoomia” ning “kahjustunud piirid” skeemivaldkondades. (Sakulsriprasert et al., 2022) Shorey et al. (2013) uuringus selgus, et alkoholi- ja opioidisõltuvusega inimestel olid mitmed skeemid märgatavalt kõrgemad võrreldes üldpopulatsiooniga. Näiteks selgus statistiliselt oluline erinevus skeemides nagu “sõltuvus”, “sallimatu karistavus”, “puudulik enesekontroll” ja “eneseohverdus” (Shorey et al., 2013).

### **Skeemi olekud**

Lisaks skeemidele on uuringud näidanud, et uimastitarvitajate ja kontrollgrupi vahel esinevad erinevused ka skeemi olekute tasandil (Boog et al., 2018). Skeemi olekud on lapsepõlves kujunenud mõtlemise, tundmise ja käitumise viisid, mille eesmärk on tulla toime emotsionaalsete baasvajaduste täitmata jäämise tagajärjel kujunenud skeemidega (Young et al., 2003). Täiskasvanueas esindavad need olekud inimese toimimist olukordades, kus skeemid on aktiveerunud (Young et al., 2003). Skeemi olekud võivad olla nii funktsionaalsed kui düsfunktsionaalsed ning nende aktiveerumine toimub sageli vastusena sisemistele või välistele stiimulitele, näiteks inimsuhted, probleemid enesehinnanguga jne (Young et al., 2003).

Olekute aktiveerumisel võivad esile kerkida tugevad emotsioonid ja iseloomulikud käitumismustrid (Young et al., 2003). Näiteks võib vihase lapse olek aktiveeruda olukorras, kus inimene kogeb oma emotsionaalsete põhivajaduste rahuldamata jäämist (Young et al., 2003). Skeemi olekud jagunevad nelja põhitüüpi: lapse olekud, düsfunktsionaalsed kaitseolekud, düsfunktsionaalsed kriitiku olekud ja funktsionaalsed olekud, igaüks neist jaguneb omakorda konkreetseteks alavormideks (Tabel 2) (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018).

### **Tabel 2**

*Skeemi olekud (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018)*

<b>Skeemi olekud</b>	<b>Kirjeldus</b>
<b>Lapse olek</b>	
Haavatav laps	Kogetakse tugevaid düsfoorilisi tundeid nagu hirm, kurbus, abitus, ärevus, lootusetus ja üksildus vastusena skeemi aktiveerumisele
Vihane laps	Tuntakse ja väljendatakse viha või raevu vastusena

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

---

	emotsionaalsete vajaduste rahuldamata jätmisele
Raevunud laps	Tuntakse raevu, mis päädib kontrollimatu teisi või asju kahjustava agressiivse käitumisega
Impulsiivne laps	Ei suudeta kontrollida oma tundeid ega impulsse ning tuntakse viha kui soovid ei ole koheselt rahuldatud
Distsiplineerimata laps	Ei suudeta taluda frustratsiooni ega sundida end lõpetama rutiinseid või igavaid ülesandeid
Õnnelik laps	Tuntakse rõõmu, rahulolu ja armastatust; väljendatakse end spontaanselt ja mänguliselt

---

### **Düsfunksionaalne**

#### **kaitseolek**

---

Järeleandlik alistuja	Järeleandlikkus teiste ootustele ja nõudmistele enamasti isiklike vajaduste arvelt
Eemaletõmbunud kaitsja	Emotsionaalne vältimine ja tunnete ning probleemide eitamine, enda distantseerumine, tuimus või intellektualiseerimine
Eemaletõmbunud eneserahustaja	Üritatakse rahustada või leevendada oma negatiivseid emotsioone, tehes seda läbi kompulsiivsete, korduvate või sõltuvuslike tegevuste
Suurustlev	Võetakse kergesti domineeriv, teiste suhtes ülalt-alla positsioon kompenseerimaks alaväärsuse, kõlbmatu või puudulik olemise ja emotsionaalse deprivatsiooni tundeid
Ründaja	Kasutatakse ähvardusi või agressiivsust, et kinnitada oma üleolekut, saada midagi mida tahab või kätte maksta tajutud ohu eest

---

### **Düsfunksionaalne**

#### **kriitiku olek**

---

Karistav kriitik	Ollakse enda vastu agressiivne, mitteaktsepteeriv, mitteandestav ning kriitiline vigade tegemise ja piirav/keelav vajaduste väljendamise suhtes
Nõudlik kriitik	Esitatakse enda suhtes ebarealistlikult kõrgeid nõudmisi ja

---

---

oodatakse nendele vastamist järeleandmisi tegemata

---

### **Funktsionaalne olek**

---

Terve täiskasvanu	Hõlmab kohastumuslikke vastuseid ümbritsevale keskkonnale, mis on vajalikud selleks, et täide viia täiskasvanud inimese igapäevaseid tegevusi
-------------------	---

---

Young et al., (2003) tõi välja, et kui inimese skeemid aktiveeruvad, siis nad võivad kasutada negatiivsete mõtete ja tunnetega toimetulekuks sõltuvuskäitumist. Sellest vaatenurgast võib sõltuvus olla düsfunktsionaalne toimetulekumehhanism, mille muutmine eeldab nii skeemide kui ka skeemi olekute sügavamalt mõistmist (Young et al., 2003; Sakulsriprasert et al., 2023). Boog et al. (2018) uuringus, kus võrreldi kokaiini- ja alkoholisõltuvusega isikuid ning mittekliinilist kontrollgruppi, leiti olulisi erinevusi mitmes skeemi olekus. Sõltuvushäiretega osalejate skoorid olid kõrgemad paljudes olekutes: “eemaldunud eneserahustaja”, “haavatav laps”, “vihane laps”, “impulsiivne laps” ja “nõudlik kriitik”. Need tulemused viitavad, et teatud skeemi olekud võivad olla sõltuvuskäitumise juures eriti olulised ja vajavad ravi planeerimisel eraldi tähelepanu. (Boog et al., 2018)

### **Skeemiteraapia sõltuvushäire ravis**

Skeemiteraapia eesmärk on aidata inimestel mõista oma skeeme, olekuid ning kujundada tervislikumad mõtte- ja käitumismustrid (Young et al. 2003). Teraapia alguses viiakse läbi põhjalik hindamine, mille alusel koostatakse juhtumi kontseptualiseering. Teraapias on kesksel kohal korrigeeriva kogemuse kujundamine, milleks kasutatakse emotsioonikeskseid, kognitiivseid, käitumuslikke ja kogemuslikke sekkumisi (Lacy, 2024). Tegemist on transdiagnostilise teraapiaviisiga, mis on näidanud positiivseid tulemusi erinevate psüühikaprobleemide korral, muuhulgas isiksushäirete ja sõltuvushäirete puhul (Sémpertegui et al., 2013; Arntz et al., 2022; Boog et al., 2023).

Teraapias on oluline, et terapeut mõistaks uimastisõltuvuse “vajadust” inimese elus (Lacy, 2024). Seeläbi saab terapeut selgitada sõltuvuskäitumist kui miskit arusaadavat ja muudetavat. See on oluline, sest sageli patsiendid ise ja ka nende lähedased ei pruugi sõltuvust mõista (Lacy, 2024). Sõltuvus võib tunduda kui pahatahtlik, kaootiline ja arusaamatu käitumine (Lacy, 2024; Tapia et al., 2017). Taoline mõtteviis intensiivistab probleemi varjamist ja

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

minimaliseerimist, mis omakorda takistab käitumise muutust (Lacy, 2024). Seega arusaam sõltuvuse olemusest aitab mitte ainult normaliseerida patsiendi kogemust, vaid vähendab ka kriitilisi mõtteid, mis sageli võimendavad häbitunnet. Kui terapeut suudab siduda skeemide ja olekute teooria patsiendi hetkeolukorraga, aitab see patsiendil õppida ise jooksvalt enda käitumist paremini mõistma (Lacy, 2024; Young et al., 2003). Mõistmine aitab ka luua teraapias kontakti, mis võimaldab teraapiaprotsessi arenemisel kasutada empaatilist konfronteerumist düsfunktsionaalsete olekute puhul (Lacy, 2024). Selle kaudu tekib võimalus aidata patsiendil teadvustada sõltuvuskäitumise negatiivseid tagajärgi ja hajutada illusiooni, et käitumine on kontrolli all (Tapia et al., 2017). Kui patsient õpib teraapias taluma raskeid emotsioone, mida seni on harjunud sõltuvuskäitumisega vaigistama, siis tekib teraapias võimalus adresseerida allolevaid skeeme ning traumaatilisi kogemusi (Lacy, 2024). Seeläbi on võimalik jõuda püsivate muutusteni inimese toimimises (Lacy, 2024). Eesmärk on arendada patsiendi terve täiskasvanu olekut, mis võimaldab paremini toime tulla aktiveerinud skeemidega ning aitab hoiduda düsfunktsionaalsetest toimetulekuviisidest (Lacy, 2024).

## Trauma

Traumakogemused on tugevalt seotud sõltuvushäirete kujunemisega (Levin et al., 2021; Devi & Singh, 2023). Nii lapsepõlve kui täiskasvanueas kogetud trauma, nagu seksuaalne või füüsiline väärkohtlemine, emotsionaalne vägivald, hooletusse jätmine või vägivaldsed olukorrad suurendavad märkimisväärselt riski impulsiivsuse, agressiivsuse ja sõltuvuskäitumise tekkeks hilisemas elus (Levin et al., 2021). Levin et al. (2021) tõid esile, et eriti interpersonaalsed traumad on tugevamalt seotud sõltuvuskäitumise tekkega. Farley et al. (2004) leidsid, et 89% sõltuvusravil olevatest patsientidest on elu jooksul kogenud vähemalt ühte traumat, kusjuures iga lisanduv traumakogemus suurendas märgatavalt ravijärgset tagasilanguse riski. See tähendab, et ligi üheksa sõltuvusravi patsienti kümnest on kogenud traumat. Antud sagedust kinnitavad ka teised uuringud (Brown et al., 2003; Farley et al., 2004; Norman et al., 2007). Seega saab traumakogemusi pidada üheks sõltuvushäire kujunemise riskiteguriks (Levin et al., 2021). Näiteks seksuaalse vägivalla korduval kogemisel oli sõltuvushäire kujunemise risk koguni 3,7 korda kõrgem (Levin et al., 2021).

Lisaks seosele traumakogemuste ja sõltuvushäirete vahel on ka leitud, et lapsepõlves läbi elatud traumad mõjutavad oluliselt isiksuse arengut. Spirou et al., (2022) leidsid, et

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

lapsepõlvetraumadega inimesed raporteerivad kõrgemaid mittekohastumuslike skeemide ja olekute skooride. Patsiendid, kes said aga samaaegselt ravi nii PTSH kui sõltuvushäire vastu, kogesid väiksema tõenäosusega tagasilangust kui need, kes said ravi ainult sõltuvuse osas (Ouimette et al., 2003; Padykula & Conklin, 2010). Seega, traumade varajane hindamine, skeemide ja skeemi olekute kaasamine teraapiatöösse võivad oluliselt suurendada ravi efektiivsust ja vähendada tagasilanguse riski (Padykula & Conklin, 2010; Spirou et al., 2022; Ouimette et al., 2003).

### **Uimastivalik**

Selleks, et terapeut saaks veelgi põhjalikumalt mõista patsiendi sõltuvust on oluline mõelda ka erinevate ainete mõjule. Stimulandid ja depressandid mõjutavad kesknärvisüsteemi väga erineval viisil (Elmquist et al., 2015; The Recovery Village, n.d.). Nad on põhimõttelised vastandid, ainuke sarnasus on, et mõlemal uimasti tüübil on tugev mõju inimese kehale ja teadvusele (The Recovery Village, n.d.). Sellegipoolest on mõlemad laialt levinud uimastid, millest võidakse jääda sõltuvusse (Shorey et al., 2013; Elmquist et al., 2015; The Recovery Village, n.d.). Kui stimulandid aktiveerivad kesknärvisüsteemi, siis depressandid vastupidi aeglustavad seda (The Recovery Village, n.d.). Aju ja keha võivad kiiresti harjuda uimastite mõjuga ja seetõttu tunneb inimene vajadust tarvitada suuremas koguses uimastit, et saavutada esialgne mõju (The Recovery Village, n.d.). Käesolevas töös käsitletakse stimulantidena näiteks amfetamiini, kokaiini, metamfetamiini, MDMA-d ning depressantidena näiteks alkoholi, fentanüüli, heroini, GHB-d, kanepit.

On teada, et varased mittekohastumuslikud skeemid on seotud sõltuvushäire kujunemise ja püsimisega. Mitmed uuringud on sealt edasi liikunud ja uurivad, kas skeemid võivad olla olulised tegurid ka sõltuvusaine tüübi määramisel (Brotchie et al., 2004; Shorey et al., 2013; Karami et al., 2015). Näiteks Brotchie viis enda kolleegidega 2004 läbi uuringu, kus hindas sõltuvushäirega inimesi, nende hulgas 36 osalejale oli opioidi sõltuvus ja 44 osalejale oli alkoholi sõltuvus. Tulemustes selgus, et inimesed, kellel oli alkoholi sõltuvus said statistiliselt kõrgema skoori kui opioidi tarvitajad “allutatuse” skeemis ja “haavatavus ohu suhtes” skeemis (Brotchie et al., 2004). Autorid leidsid, et skeemides on erinevusi eri sõltuvusaine tarvitamise puhul. Nad arutlesid enda töö tulemustele põhinedes, et alkoholi tarvitajad leevendavad juba aktiveerunud negatiivseid emotsioone, kuid opioidide tarvitajad väldivad üldse nende emotsioonide või

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

skeemide aktiveerumist (Brotchie et al., 2004). Samas Shorey et al. (2013) uuringus oli näha vastupidiseid tulemusi, kuigi leiti erinevus üldpopulatsiooni ja sõltuvushäiretega inimeste vahel, siis alkoholisõltuvusega ja opioidisõltuvusega patsientide vahel erinevusi skeemides ei leitud (Shorey et al., 2013). Karami et al. (2015) võrdles stimulantide ja opioidide tarvitajaid. Uurimus näitas, et stimulantide tarvitajatel olid mitmed skeemid oluliselt kõrgemad kui opioidi tarvitajatel, näiteks “emotsionaalne pidurdatus”, “allutatus”, “eneseohverdus” ja “sotsiaalne isoleeritus” (Karami et al., 2015). Seega tulemused varasemate uuringute põhjal on erinevad.

Lisaks on uuritud skeemi olekuid erinevate sõltuvusgruppide lõikes. Boog et al. (2018) viisid läbi uuringu, kus võrreldi kokaiini sõltuvusega, alkoholi sõltuvusega ja ilma teadaoleva sõltuvushäirega inimeste olekuid. Tulemustest leiti, et osad skeemi olekud olid spetsiifilised uimastisõltuvusega valimil, kuid ei leitud erinevust kahe sõltuvusgrupi vahel (alkoholi- vs. kokaiinisõltuvusega valim) (Boog et al., 2018). Seega kuigi varasemad empiirilised leiud kinnitavad, et varased mittekohastumuslikud skeemid ja skeemi olekud on sõltuvushäiretega statistiliselt oluliselt seotud, on üsna vähe tõendeid teaduskirjanduses selle kohta, mil määral need psühholoogilised tegurid eristavad erinevat tüüpi sõltuvusaineid tarvitavaid isikuid või on tulemused vastakad. Käesolev magistritöö keskendubki sellele küsimusele, uurides stimulantide ja depressantide tarvitajate profiilide erinevusi skeemide ja skeemi olekute ja traumade tasandil.

## **Töö eesmärk**

Eestis ei ole teadaolevalt varasemalt uuritud skeemide, skeemi olekute ja traumakogemuste seoseid erinevat tüüpi uimastitarvitajate osas. Mujal maailmas tehtud uuringutes on korduvalt leitud, et sõltuvushäiretega inimestel on võrreldes mitteklinilise valimiga kõrgemad mittekohastumuslikud skeemid ja olekute skoorid. Siiski puuduvad uurimused, mis vaataksid lähemalt erinevusi stimulantide ning depressantide tarvitajate puhul skeemides, olekutes ja traumakogemustes. Teadmised oleksid olulised, et paremini mõista psühholoogilisi mehhanisme, mis võivad mõjutada teatud tüüpi uimastite eelistust selleks, et toetada sihipäraste sekkumiste arendamist. Seega on käesoleva töö eesmärk pakkuda esmast ülevaadet stimulantide ja depressantide tarvitajate erinevuste osas.

Esimesena uuritakse, kas on erinevusi gruppide vahel skeemides, olekutes ja traumakogemustes üldiselt. Varasemast kirjandusest tulenevalt püstitati hüpotees:

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

H1: Stimulantide ja depressantide tarvitajate vahel on oluline erinevus nii mittekohastumuslikes skeemides, olekutes kui traumakogemustes.

Teisena uuritakse, millised on erinevused gruppide vahel skeemides, olekutes ja traumakogemustes. Varasemates uuringutes on püütud võrrelda erinevate sõltuvushäiretega inimeste skeeme ja olekuid, kuid uimastigruppe on käsitletud erinevalt ning saadud tulemused on olnud vastuolulised. Seetõttu ei püstitatud teist hüpoteesi.

Kolmandaks uuritakse, kas on võimalus tuvastada tunnuseid, mis suurendavad tõenäosust kuuluda ühte või teise uimastitarvitaja gruppi. Varasemad uuringutulemused sellel teemal teadaolevalt puuduvad, seetõttu hüpoteesi ei püstitatud.

Töö autori isiklik panus seisneb uurimisteema valikus, teemakohase kirjanduse läbitöötamises, mõõtevahendite valimises, andmete kogumises, uuritavatele tagasiside kirjutamises, kõikide küsimustike vastuste korrastamises ja ühtse koondfaili koostamises, andmeanalüüsi planeerimises, läbiviimises ja tulemuste tõlgendamises ning arutelu kirjutamises.

## **Meetod**

### **Valim**

Uuringus osalesid Viljandi Haigla ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse patsiendid nii Viljandi kui Sillamäe osakonnast ning Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliiniku sõltuvushäire keskuse patsiendid. Uuritavad osalesid uuringus vabatahtlikult, osalemise eest hüvesid ei pakutud, uuringus osalemise nõusoleku kinnitasid nad informeeritud nõusolekulehe allkirjastamisega. Osalejatel oli võimalus saada kirjalik tagasiside varaste mittekohastumuslike skeemide küsimustiku ja skeemi olekute küsimustiku põhjal. Uuringus osalemise ettepanek tehti patsientidele, kes ei olnud sel ajal enam aktiivses võõrutuses. Uuringus osalemisega nõustus 112 patsienti, lõplik valim koosnes 101 patsiendist. Andmete sisestamise käigus välistati valimist 11 inimest. Valimist välistati osalejad, kes olid küsimustikud täitnud poolikult või ei olnud allkirjastanud informeeritud nõusoleku lehte. Valim koosnes nii nais ( $n = 35$ ) kui mees ( $n = 65$ ) patsientidest, üks osaleja jättis enda soo täpsustamata. 59 osalejat märkisid, et peamine tarvitav uimasti on depressant ning 42 osalejat märkisid, et peamine tarvitav uimasti on stimulant. Kõik uuringus osalejad olid vähemalt 18 aastased. Stimulantide tarvitajate keskmine vanus oli 36.85 ( $SD = 11.02$ ) ja depressantide tarvitajate keskmine vanus oli 33.40 ( $SD = 7.41$ ).

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

## **Mõõtevahendid**

### **Youngi skeemiküsimustik** (Young Schema Questionnaire – Short Version 3, YSQ-3)

Osalejate varaste mittekohastumuslike skeemide uurimiseks kasutati YSQ-3 eesti- ja venekeelset küsimustikku. Küsimustiku eesti keelne versioon on välja töötatud juhendaja Kaia Kastepõld-Tõrsi poolt 2020 aastal. Vene keelde on küsimustik kohandatud Paul Kasyanik ja Elena Romanova (2013) poolt. Küsimustik koosneb 90-st väitest, mille puhul vastajal palutakse hinnata 6-punktilisel Likerti tüüpi skaalal (1 – ei vasta minu puhul üldse tõe; 6 – kirjeldab mind täpselt) kuivõrd antud väide iseloomustab teda viimase aasta jooksul. Väited, mida uuringus osalejad hindavad, on näiteks “Mul ei ole inimesi, kes mind hoiaks ja pakuks mulle soojust ja kiindumust” ja “Ma tunnen, et ma pole armastusväärne”. Väited jaotuvad 18-sse erinevasse skeemi ja need omakorda viide valdkonda (Tabel 1).

### **Skeemi olekute küsimustik** (Schema Mode Inventory, SMI)

Osalejate skeemi olekute uurimiseks kasutati SMI eesti- ja venekeelset küsimustikku (Young et al, 2007). Eesti keelseks on testi kohandatud Lehtme (2021) töö raames. Vene keelne versioon (Young et al., 2014) on koostatud autori loal ning kohandatud vene keelseks samuti Paul Kasyanik ja Elena Romanova poolt. Küsimustik koosneb 124 väitest, mida hinnatakse 6-punktilisel Likerti tüüpi skaalal (1-mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi; 6-alati). Väited, mida uuringus osalejad hindasid, on näiteks “Kui ma ei suuda eesmärgini jõuda, siis ma ärritun kergesti ja loobun” ja “Ma tunnen end üksildasena isegi siis, kui minu ümber on teised inimesed”. Küsimustiku väited moodustavad 14 olekut (Tabel 2).

**Rahvusvaheline Traumasündmuste Küsimustik** (International Trauma Exposure measure, ITEM).

Osalejate traumakogemuste uurimiseks kasutati ITEM küsimustikku. Küsimustik uurib kokkupuuteid traumaatiliste elusündmustega ning küsimustik on kooskõlas RHK-11 es toodud trauma määratlusega (Hyland et al., 2021). Kasutati küsimustiku ametlikku eesti ja vene keelset tõlget (International Trauma Consortium, 2021). Eesti keelne verioon on välja töötatud Kaia Kastepõld-Tõrsi poolt 2023 aastal. Küsimustik koosneb 22 traumakogemuse kirjeldusest. Näiteks: “teil diagnoositi eluohtlik haigus”; “te olete põhjustanud kellelegi teisele tõsiseid kannatusi või põhjustanud kellelegi surma”; “teid on korduvalt kiusatud (veebis või päriselus)”; “teid ahistati seksuaalselt (mittesoovitud seksuaalse tooniga kommentaarid ja käitumised)” jne.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Traumasündmuse varasema kogemise puhul tegi osaleja märke, millisel/millistel arenguperioodidel sündmust kogeti, kas lapsena, teismelisena ja/või täiskasvanuna. Seejärel pidi osaleja märkima, milline sündmus oli kõige häirivam. Samuti pidi uuritav kirjutama, mitu korda eelnimetatud sündmust ligilähedaselt kogeti ning kui kaua aega tagasi see juhtus.

### **Protseduur**

Antud uuring kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Andmeid koguti august 2023 kuni detsember 2024. Uuringus osalemise võimalust tutvustasid patsientidele vastava haigla töötajad nii eesti kui vene keeles. Sellele järgnevalt oli võimalik osalejatel avaldada soovi uuringus osalemiseks. Kõikidele küsimustikele vastasid osalejad paber kandjal. Esmalt paluti uuritavatel allkirjastada informeeritud nõusolekuleht, seejärel täita Youngi skeemi küsimustik, skeemi olekute küsimustik ja trauma küsimustik. Lisaks täitsid osalejad taustaandmete küsimustiku, kus märkisid enda soo, vanuse, rahvuse, peamise tarvitatava uimasti (depressant või stimulant) ning meelepärase uimasti (alkohol või narkootikum). Küsimustikke oli võimalik täita nii eesti kui vene keeles. Kõikidele küsimustikele vastamine võttis aega keskmiselt 1h 15min. Vastused panid osalejad ümbrikusse, mille kleepisid kinni ja ümbrik edastati magistritöö autorile. Soovi korral said osalejaid kirjaliku tagasiside enda skeemide ja olekute kohta. Selleks pidi osaleja tähistama nõusolekulehel oma soovi ja lisama enda e-posti aadressi. Viljandi Haigla ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse Viljandi osakonnas patsiendid said tagasiside paber kandjal uuringu läbiviijalt, kes andmete kogumise ajal keskuses töötas. Sillamäe osakonna ja Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliiniku sõltuvushäire keskuse patsiendid said soovi korral tagasiside elektroonselt.

### **Tulemused**

Andmeanalüüs viidi läbi statistikaprogrammis RStudio (versioon 4.3.2, 2023-10-31). Analüüsis kasutati kirjeldavat statistikat, mitmemõõtmelist variatsioonianalüüsi (MANOVA), sõltumatute gruppide võrdlemiseks sõltumatute valimite t-testi ja Kruskal–Wallise testi, binaarset logistilist regressiooni, Pearsoni korrelatsioonanalüüsi ning peakomponentanalüüsi (PCA). Kõigi testide eeldused kontrolliti ning vajadusel kasutati Holm-Bonferroni korrektsiooni.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Tabelis 3 on valimit kirjeldavad andmed. Tabelist on näha, et suurem osa valimist koosnes meestest, üks uuringus osaleja ei defineerinud enda sugu. Enamik valimist olid eestlased ning lisaks venelastele osales uuringus ka üks ukrainlane. Põhiliselt depressantide tarvitajaid oli uuringus natukene rohkem kui stimulantide tarvitajaid. Suurem osa valimist eelistavad tarvitada narkootikume. Valimis oli stimulantide tarvitajate keskmine vanus 33.4 (SD = 7.26), depressantide tarvitajate keskmine vanus 36.85 (SD = 11.02). Noorim osaleja oli 18 aastane ning vanim 67 aastane.

### **Tabel 3**

*Valimit kirjeldavad andmed*

	<b>Uuritavate arv (N=101)</b>
<b>Sugu</b>	
Mees	65
Naine	35
Muu	1
<b>Rahvus</b>	
Eestlane	64
Venelane	36
Ukrainlane	1
<b>Uimasti</b>	
Depressant	59
Stimulant	42
<b>Meelepärane uimasti</b>	
Narkootikum	74
Alkohol	27

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Stimulantide ja depressantide tarvitajate rühma võrdlemiseks viidi läbi kaks eraldiseisvat MANOVA analüüsi skeemide ja skeemi olekute osas. Skeemide tasandil näitas MANOVA statistiliselt olulist erinevust rühmade vahel (Wilksi  $\lambda = 0.606$ ,  $F(18, 82) = 2.32$ ,  $p = 0.005$ ), viidates sellele, et stimulantide ja depressantide tarvitajate skeemid üldiselt erinevad üksteisest statistiliselt olulisel määral. Efekti suuruse hinnang ( $\eta^2 = 0.394$ ) viitab keskmise suurusega mõjule.

Samuti ilmnes oluline erinevus skeemi olekute tasandil (Wilksi  $\lambda = 0.738$ ,  $F(14, 86) = 2.18$ ,  $p = 0.015$ ), mis näitab, et ka skeemi olekud üldiselt on rühmade vahel statistiliselt olulise erinevusega. Efekti suuruse hinnang ( $\eta^2 = 0.262$ ) viitab samuti keskmise suurusega mõjule.

**Tabel 5**

*MANOVA tulemused stimulantide ja depressantide võrdlemisel.*

Muutujad	Wilksi $\lambda$	F	df1	df2	p	$\eta^2$
Skeemid (YSQ)	0.606	2.32	18	82	<b>0.005*</b>	0.394
Skeemi olekud (SMI)	0.738	2.18	14	86	<b>0.015*</b>	0.262

*Märkus.* \*  $p < 0.05$

MANOVA tulemustele toetudes viidi läbi *post-hoc* testid, et tuvastada, millised skeemid ja skeemi olekud täpsemalt erinevad stimulantide ja depressantide tarvitajate vahel. Iga skeemi ja skeemi oleku keskmised võrreldi sõltumatute valimite t-testide abil. Selleks, et vältida mitmese testimise probleemi kasutati Bonferroni-Holm korrektsiooni.

Tabelis 6 on toodud skeemide võrdlused, kus esitati mõlema rühma keskmised tulemused, t-väärtus, p-väärtus ning Holmiga korrigeeritud p-väärtus. Üldiselt olid stimulantide tarvitajatel keskmised skeemiskoorid mõnevõrra kõrgemad, kuid ükski skeem ei osutunud statistiliselt oluliselt erinevaks pärast Holm'i korrektsiooni. Madalaim p-väärtus esines skeemis "usaldamatus" ( $p = 0.019$ ), kuid see ei jäänud oluliseks pärast korrektsiooni (Holm  $p = 0.340$ ). Enne korrektsiooni oli kahe grupi vahel erinevus ka skeemis "heakskiidu otsimine" ja "grandioossus", kuid pärast mitmese testimise korrektsiooni ei jäänud erinevus enam statistiliselt oluliseks ( $p = 0.030$ , Holm  $p = 0.518$ ;  $p = 0.046$ , Holm  $p = 0.739$ ).

**Tabel 6**

*Skeemide võrdlus stimulantide ja depressantide tarvitajate vahel.*

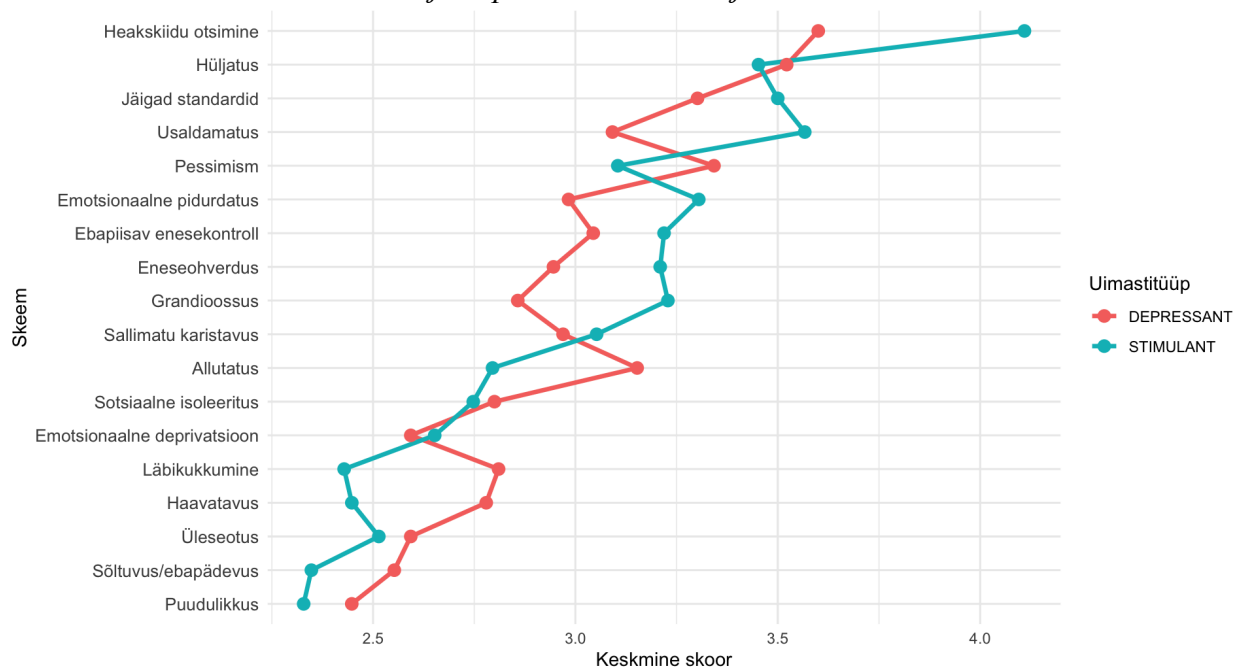
Skeem	Stimulantide keskmine	Depressantide keskmine	t-väärtus	p-väärtus	Holm p
Emotsionaalne deprivatsioon	2.652	2.593	-0.263	0.793	1.000
Hüljatus	3.452	3.522	0.315	0.753	1.000
<b>Usaldamatus</b>	<b>3.567</b>	<b>3.092</b>	<b>-2.387</b>	<b>0.019*</b>	0.340
Sotsiaalne isolatsioon	2.748	2.800	0.246	0.806	1.000
Puudulikkus	2.329	2.447	0.553	0.581	1.000
Läbikukkumine	2.429	2.810	1.718	0.089	1.000
Sõltuvus/ebapädevus	2.348	2.553	1.083	0.282	1.000
Haavatavus ohu suhtes	2.448	2.780	1.491	0.139	1.000
Üleseotus	2.514	2.593	0.392	0.696	1.000
Allutatus	2.795	3.153	1.685	0.095	1.000
Eneseohverdus	3.210	2.946	-1.358	0.177	1.000
Emotsionaalne pidurdatus	3.305	2.983	-1.598	0.113	1.000
Jäigad standardid	3.500	3.302	-0.861	0.392	1.000
<b>Grandioossus</b>	<b>3.229</b>	<b>2.858</b>	<b>-2.024</b>	<b>0.046*</b>	0.739
Ebapiisav enesekontroll	3.219	3.044	-0.897	0.372	1.000
<b>Heakskiidu otsimine</b>	<b>4.110</b>	<b>3.600</b>	<b>-2.196</b>	<b>0.030*</b>	0.518
Pessimism	3.105	3.342	1.062	0.291	1.000
Sallimatu karistavus	3.052	2.969	-0.390	0.697	1.000

*Märkus.* \*  $p < 0.05$

Tulemusi illustreerib Joonis 1, kus on kujutatud stimulantide ja depressantide skeemid. Visuaalselt on näha, et stimulantide tarvitajatel on üldjoontes kõrgemad skoorid peaaegu kõikides skeemides, mis toetab eelnevaid MANOVA ja t-testi tulemusi.

### Joonis 1

Skeemide keskmised stimulantide ja depressantide tarvitajate rühmades



Tabelis 7 on esitatud skeemi olekute võrdlus. Nagu skeemide puhul, ilmnes ka siin üldine kalduvus stimulantide grupis kõrgemate keskmiste suunas. Madalaim p-väärtus ilmnes skeemi olekus “suurstlev” ( $p = 0.010$ ), ent see ei jäänud oluliseks pärast Holm’i korrektsooni (Holm  $p = 0.143$ ). Teiseks madalaim väärtus kuulus olekule “ründaja” ( $p = 0.020$ , Holm  $p = 0.255$ ) ja seejärel olekus “eemaletõmbunud eneserahustaja” ( $p = 0.022$ , Holm  $p = 0.266$ ).

**Tabel 7**

Skeemi olekute võrdlus stimulantide ja depressantide tarvitajate vahel.

Olek	Stimulantide keskmine	Depressantide keskmine	t-väärtus	p-väärtus	Holm p
Haavatav laps	2.945	3.095	0.733	0.465	1.000
Vihane laps	3.200	3.412	-1.324	0.189	1.000
Raevunud laps	2.410	2.147	-1.243	0.218	1.000
Impulsiivne laps	3.132	3.190	0.385	0.701	1.000
Distiplineerimatu laps	3.234	3.133	-0.792	0.430	1.000

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

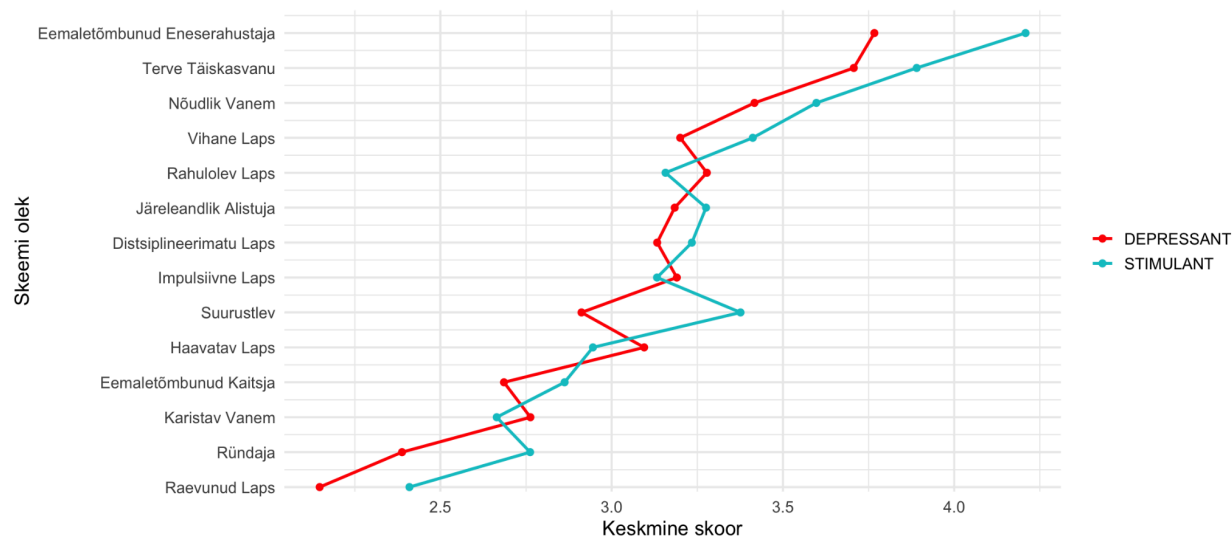
Rahulolev laps	3.157	3.278	0.731	0.467	1.000
Järeleandlik alistuja	3.276	3.184	-0.506	0.614	1.000
Eemaletõmbunud kaitsja	2.862	2.685	-1.085	0.281	1.000
<b>Eemaletõmbunud eneserahustaja</b>	<b>4.208</b>	<b>3.767</b>	<b>-2.330</b>	<b>0.022*</b>	0.266
<b>Suurustleja</b>	<b>3.376</b>	<b>2.912</b>	<b>-2.630</b>	<b>0.010*</b>	0.143
<b>Ründaja</b>	<b>2.762</b>	<b>2.388</b>	<b>-2.388</b>	<b>0.020*</b>	0.255
Karistav kriitik	2.664	2.763	0.508	0.613	1.000
Nõudlik kriitik	3.598	3.417	-1.088	0.279	1.000
Terve täiskasvanu	3.890	3.707	-1.262	0.210	1.000

Märkus. \*  $p < 0.05$

Tulemusi illustreerib Joonis 2, kus on kujutatud stimulantide ja depressantide skeemi olekud. Nagu näha, on stimulantide tarvitajatel üldjuhul kõrgemad skoorid mitmete düsfunktsionaalsete olekute puhul. See visuaalne muster toetab MANOVA analüüsi tulemust, mille kohaselt esines skeemi olekute tasandil keskmise suurusega gruppide vaheline efekt.

### Joonis 2

Olekute keskmised stimulantide ja depressantide tarvitajate rühmades



## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Kogu valimis oli vähemalt ühte traumat kogenud 99 inimest ehk 98% valimist. Vähemalt 3 traumat oli kogenud 84 osalejat. Stimulantide ja depressantide tarvitajate trauma kogemuste erinevuste hindamiseks viidi läbi Kruskal-Wallis testid, sest andmed ei vastanud normaaljaotuse eeldustele. Traumaküsimustiku autor (Hyland et al., 2021) selgitab, et traumakogemused võib küsimustiku alusel jagada kuude kategooriasse: emotsionaalne trauma, seksuaalne vägivald, füüsiline vägivald, lahinguga kokkupuude, katastroof/õnnetus, haiguse ja/või surmaga seotud trauma. Tabelis 8 on näha, et enamik kategooriates ei ilmnenu statistiliselt olulisi erinevusi. Ainsana oli enne Holm'i korrektsiooni statistiliselt olulise erinevusega "traumad lapseas" kategooria ( $p = 0.022$ ,  $H = 5.244$ ), kus stimulantide tarvitajate lapseas trauma kogemise mediaan oli madalam kui depressantide tarvitajate mediaan. Siiski, pärast mitmese testimise korrektsiooni mitmese testimise kontrolliks ei jäänud ükski erinevus statistiliselt oluliseks (Holm  $p = 0.220$ ). Need tulemused viitavad, et kuigi depressantide tarvitajatel võib esineda veidi suurem kokkupuude lapseas traumadega, ei saa nende gruppide erinevusi pidada statistiliselt usaldusväärseks pärast korrigeerimist võimalike juhuslike seoste vältimiseks.

**Tabel 8**

*Trauma kategooriate võrdlus stimulantide ja depressantide tarvitajate vahel (Kruskal-Wallis test)*

Trauma kategooria	Stimulantide mediaan	Depressantide mediaan	H-statistika	P-väärtus	Holm p
Lahinguga kokkupuude	0	0	0.177	0.674	1.000
Füüsiline vägivald	3	3	0.070	0.792	1.000
Seksuaalne vägivald	0	0	0.009	0.923	1.000
Emotsionaalne trauma	3	3	3.387	0.066	0.591
Katastroof/õnnetus	1	2	1.929	0.165	1.000
Haigus/surm	2	1	0.338	0.561	1.000
<b>Traumad lapseas</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5.244</b>	<b>0.022*</b>	0.220
Traumad teismeeas	3	4	0.630	0.427	1.000
Traumad täiskasvanueas	4	5	0.829	0.363	1.000
Traumade arv kokku	11	13	2.452	0.117	0.939

*Märkus.* \*  $p < 0.05$

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Logistilise regressiooni analüüs viidi läbi, et uurida, millised skeemid ja skeemi olekud ennustavad stimulantide tarvitamise tõenäosust. Skeemide puhul valiti mudelisse viis tunnust, mis näitasid t-testi tulemuste põhjal stimulantide ja depressantide rühmade vahel kõige suuremaid erinevusi. Kõige tugevam positiivne seos ilmnis “usaldamatus” skeemiga (OR = 2.39, CI 95% = 1.27-4.63,  $p = 0.006$ ), mis tähendab, et usaldamatuse skoori suurenemisega suureneb oluliselt tõenäosus kuuluda stimulantide tarvitajate rühma. Samuti olid statistiliselt olulised “heakskiidu otsimine” (OR = 1.81). Skeemid “allutatus” (OR = 0.55), ja ”läbikukkumine“ (OR = 0.54), mõju oli vastupidine. Nende skeemide kõrgem skoor seostus väiksema stimulantide tarvitamise tõenäosusega. Skeem “grandioossus” ei olnud statistiliselt oluline ( $p = 0.507$ ).

**Tabel 9**

*Logistilise regressiooni tulemused stimulantide tarvitamise ennustamiseks skeemide baasil*

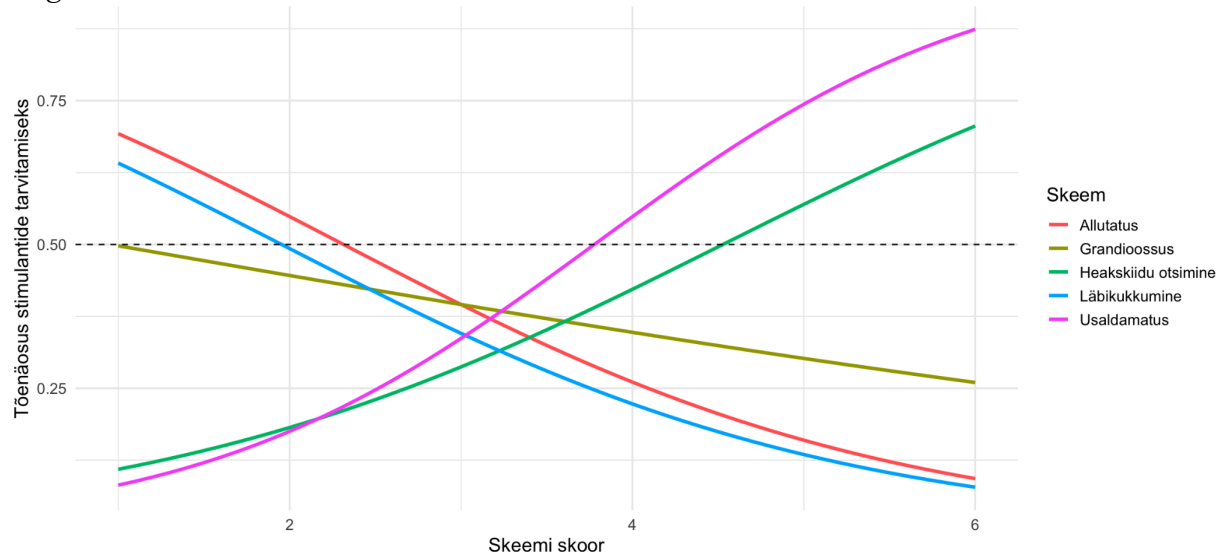
Muutuja	Odds Ratio	CI madalam	CI kõrgem	p
Usaldamatus	2.39	1.27	4.63	<b>0.0064**</b>
Grandioossus	0.51	0.07	3.60	0.5076
Heakskiidu otsimine	1.81	1.13	2.89	<b>0.0152*</b>
Allutatus	0.55	0.32	0.96	<b>0.0373*</b>
Läbikukkumine	0.54	0.31	0.93	<b>0.0249*</b>

*Märkused.* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Allolev Joonis 3 illustreerib visuaalselt, kuidas iga skeemi skoor mõjutab stimulantide tarvitamise prognoositud tõenäosust, hoides kõik teised skeemid mudelis keskmisel tasemel. Usaldamatuse skeemil oli selgelt kasvav kõver, samas kui näiteks allutatusel ja läbikukkumisel vastupidine seos.

### Joonis 3

Proгноositud tõenäosus stimulantide tarvitamiseks skeemi skoori alusel



Kuna logistilises regressioonanalüüsis selgus, et grandioossuse skeemi skoori suurenemine ei suurenda tõenäosust stimulantide tarvitamiseks, vaid vastupidi, siis viidi läbi Pearsoni korrelatsioonanalüüs viie skeemiga. Tulemused näitasid “grandioossus” skeemi statistiliselt olulist korrelatsiooni ( $r = 0.35$ ,  $p < 0.001$ ) “usaldamatus” skeemiga. Samuti oli statistiliselt oluline korrelatsioon ( $r = 0.405$ ,  $p < 0.001$ ) “heakskiidu otsimine” ja “grandioossus” skeemide vahel.

Olekute puhul valiti mudelisse viis tunnust, mis näitasid t-testi tulemuste põhjal stimulantide ja depressantide rühmade vahel kõige suurimaid erinevusi. Analüüsi põhjal ei ilmnenud olekutes ühtegi statistiliselt olulist ennustajat stimulantide tarvitamisele (Tabel 10). Kõige tugevamad, ent mitte statistiliselt olulised, seosed olid “ründaja” (OR = 1.33) ja “suurustleva” (OR = 1.34) skeemi olekute puhul.

**Tabel 10**

Logistilise regressiooni tulemused stimulantide tarvitamise ennustamiseks olekute baasil

Olek	Odds Ratio	CI madal	CI kõrge	P-väärtus
Suurustlev	1.34	0.61	2.94	0.4666
Ründaja	1.33	0.51	3.45	0.5620

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Eemaletõmbunud eneserahustaja	1.34	0.76	2.37	0.3186
Vihane laps	0.94	0.47	1.87	0.8642
Terve täiskasvanu	1.32	0.73	2.40	0.3616

*Märkus.* \*  $p < 0.05$

Peakomponentide analüüs (PCA) viidi läbi selleks, et vaadata, millised komponendid eristavad stimulantide ja depressantide tarvitajate profiili kõige rohkem. Analüüsi pandi kõik skeemid, olekud ja traumakogemused ning traumakogemise vanusevahemikud. Tabelis 11 on näha, et esimesed kaks peakomponenti selgitasid kokku 36.2% andmetest. Esimese peakomponendi teljel oli rohkem tõrjutuse, puudulikkuse ja kriitilisusega seotud tunnused. Teisel peakomponendil on rohkem näha traumadega ja ülekompenseerinavate olekutega tunnuseid.

**Tabel 11**

*10 tunnuse panus PCA komponentidele.*

Tunnus	Panus PCA1 (%)	Panus PCA2 (%)
Karistav kriitik (olek)	5.53	0.13
Haavatav laps (olek)	5.21	0.43
Pessimism (skeem)	4.91	0.31
Sallimatu karistavus (skeem)	4.80	0.01
Sotsiaalne isoleeritus (skeem)	4.70	1.01
Puudulikkus (skeem)	4.68	2.08
Hüljatus (skeem)	4.44	0.98
Vihane laps (olek)	4.15	1.99
Usaldamatus (skeem)	4.08	0.34
Haavatavus ohu suhtes (skeem)	4.05	0.21
Ründaja (olek)	0.83	9.56

## Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

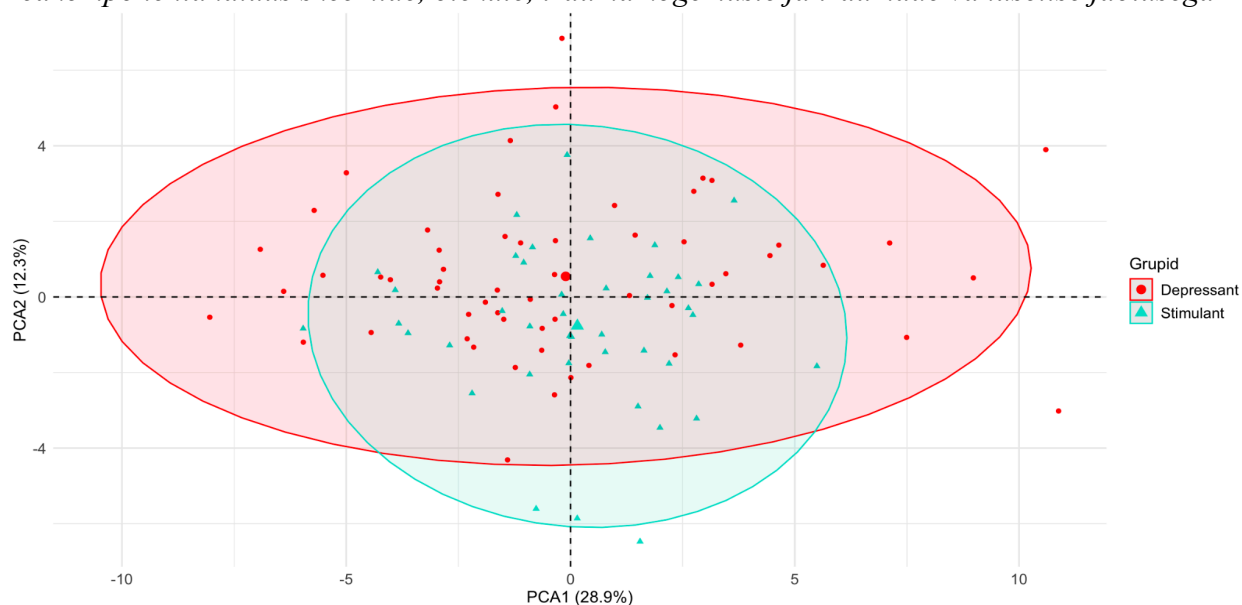
Suurustlev (olek)	0.70	9.47
Grandioossus (skeem)	0.97	8.45
Traumad täiskasvanueas	0.20	7.57
Traumad teismeeas	0.22	7.17
Traumad lapseeas	0.33	5.99
Emotsionaalsed traumad	0.29	5.87
Seksuaalsed traumad	0.30	4.31
Eemaletõmbunud eneserahustaja (olek)	2.48	4.09
Füüsilised traumad	0.16	3.96

*Märkused.* PCA1= esimene peakomponent; PCA2= teine peakomponent.

Joonisel 4 on visuaalselt näha, kahe komponendi põhjal stimulantide ja depressantide tarvitajate jaotust. Tunnuste piirkonnad suuresti kattuvad, kuid esineb ka erisusi.

### Joonis 4

*Peakomponentanalüüs skeemide, olekute, trauma kogemuste ja traumade vanuselise jaotusega*



*Märkused.* PCA1 = esimene peakomponent. PCA2 = teine peakomponent.

## Arutelu

Käesoleva töö eesmärk oli uurida stimulantide ja depressantide sõltuvuses olevate inimeste erinevusi varaste mittekohastumuslike skeemide, skeemi olekute ja traumakogemuste tasandil. Töö aluseks oli skeemiteraapia teoreetiline raamistik (Young et al., 2003).

Skeemiteraapia teooria rõhutab skeemide ja nende aktiveerumise kaudu kujunevate olekute rolli emotsionaalses toimetulekus ja seeläbi ka sõltuvuskäitumises (Lacy, 2024).

### Skeemide seos uimastivalikuga

Esimese eesmärgi osa oli uurida, kas stimulantide ja depressantide tarvitajatel esineb erinevusi varaste mittekohastumuslike skeemide tasandil. Analüüs näitas, et skeemid üldiselt erinesid statistiliselt olulisel määral, viidates sellele, et stimulantide ja depressantide tarvitajate skeemi profiilid on tervikuna erinevad. Seega võib öelda, et esimene hüpotees sai skeemide tasandil kinnitust. See leid toetab skeemiteraapia teooriat, mille kohaselt skeemid mõjutavad inimese toimetulekuviise (Young et al., 2003). Kuna skeemid kujunevad välja lapsepõlves ning püsivad kogu elu vältel, võivad nad mõjutada ka seda, millist tüüpi uimastit inimene eelistab. Kuigi skeemides eraldi ükski gruppide vaheline erinevus ei osutunud statistiliselt oluliseks pärast Holm-Bonferroni korrigeerimise, peame erinevust tõlgendama ettevaatlikult. Kõige suurema erinevusega skeem oli “usaldamatus”, mille puhul stimulantide tarvitajate keskmine skoor oli kõrgem kui depressantide tarvitajatel. Samuti ilmnisid erinevused skeemides “heakskiidu otsimine” ja “grandioossus”, kuigi need ei jäänud korrigeerimise järel oluliseks.

Skeem “usaldamatus” viitab eeldusele, et teised inimesed on pahatahtlikud, teevad meelega haiget, alandavad või petavad (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018). See on sageli seotud kasvukeskkonnaga, kus puudus turvaline ja järjepidev emotsionaalne seotus või kogeti hirmu ja väärkohtlemist (Young et al., 2003). Seega kõrge usaldamatuse skeemi skooriga inimesed võivad tajuda teisi ohtlikena ning seetõttu võivad püüda ennast kaitsta selle skeemi aktiveerumise eest vältimise, kontrollimise või ründava käitumise kaudu. See võib selgitada suuremat skoori stimulantide tarvitajate hulgas, sest stimulantidel (näiteks amfetamiin) on omadus tekitada ajutist tunnet, mis suurendab tajutud enesekindlust. Tarvitajal võib tekkida tunne, et suudab teisi kontrollida või domineerida. Seega stimulantide tarvitamine võib osaliselt toimida kompensatsioonina skeemi aktiveerumisel. Skeem “heakskiidu otsimine” viitab välise

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

tunnustuse ja aktsepteerimise vajaduse üle (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018). Skeemi juured peituvad lapsepõlves, kus armastus ja tähelepanu olid tingimuslikud, seotud näiteks sooritusega (Young et al., 2003). Kui inimene tunneb täiskasvanueas, et tema väärtus sõltub välisest kinnitusest, võib stimulantide tarvitamine anda energiat, mida kulutada näiteks lisa töö tegemiseks, et rohkem saavutada ja seeläbi saada teistelt tunnustust.

Grandioossuse skeem sisaldab uskumust enda erilisusest ja erioigustest (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018). Selle skeemi kõrgem skoor stimulantide tarvitajate seas võib viidata mõne teise skeemi mõju kompenseerimisele, näiteks soov varjata sisemist puudulikkuse või ebakindluse tunnet. Young et al. (2003) teooria kohaselt on grandioossus sageli kaitsemehhanism teiste haavatavamate tunnete (nt häbi, hüljatus) vastu. See tähendab, et stimulantide tarvitamine võib olla viis hoida “tugevat fassaadi”. Uuringutes on leitud, et “grandioossus” skeem esineb sõltuvushäirega patsientidel sageli koos teiste skeemidega (Shorey et al., 2013). Käesolevas töös toetab seda mõtet ka regressioonanalüüs, kus ilmnis huvitav tulemus. “Grandioossus” skeemi skoori tõus näitas hoopiski väiksemat tõenäosust kuuluda stimulantide tarvitajate gruppi. Täiendav korrelatsioonanalüüs näitas, et “grandioossus” ja “usaldamatus” skeemi vahel on seos, mis viitab mõttele, et nende skeemide kõrgem skoor võib stimulantide tarvitajatel sageli koos esineda. Seega võib “grandioossus” olla kompenseeriv skeem “usaldamatus” skeemile. Näiteks skeemi loogika võib olla selline: “ma ei saa mitte kedagi usaldada, seega pean olema teistest võimsam, pean kontrollima kõiki, et keegi ei saaks mind ära kasutada”. Lisaks oli seos skeemide “grandioossus” ja “heakskiidu otsimine” vahel. Esmalt võivad skeemid tunduda küllaltki erinevad, kuid seos nende vahel võib näidata, et saavad toimida samaaegselt. Näiteks kui inimene ei saa otsitud heakskiitu võib aktiveeruda “grandioossus” skeem, mille abil saab end kindlamat tunda “ma ei vaja teiste kinnitust, sest ma olen neist parem” ehk üks skeem võib võimendada teist.

Samas kujunes depressantide tarvitajate puhul selgemalt esile skeemide muster, mis viitab sisemisele alistumisele, lootusetusele ja väärtusetuse tundele. Võrreldes stimulantide tarvitajatega oli depressantide tarvitajatel mõnevõrra kõrgemad skoorid skeemides “allutatus” ja “läbikukkumine”. Nende skeemide tugevam esinemine võib viidata sellele, et depressantide tarvitajad võivad rohkem tajuda end teiste poolt alla surutuna või tunda, et nad ei ole võimelised edukalt toime tulema või neil puudub enda elu üle kontroll (Young et al., 2003). Skeem “allutatus” on seotud lapsepõlvkogemustega, kus puudus võimalus eneseväljenduseks ehk

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

vajadused ja tunded tuli alla suruda selleks, et hoiduda näiteks konfliktidest või karistustes. Skeem “läbikukkumine” viitab uskumusele, et inimene on ebakompetentne, mis on tihti seotud lapsepõlvkogemusega, kus oli üleseotust, laps ei saanud arendada enda iseseisvust (Young et al., 2003). Sellised skeemid võivad viia sisemise passiivsuse ja lootusetuseni, kus inimene ei usugi enam iseendasse ja enda võimetesse, vaid lihtsalt soovib leevendada oma sisemisi pingeid. Depressantide tarvitamine võib pakkuda ajutist emotsionaalset tuimestust või rahu tunnet. Seega vastupidiselt stimulantidele tarvitajatele, kellel domineerisid skeemid, mis viitavad rohkem välise ohu tajumisele ja tunnustusvajaduse skeemidele, on depressantide tarvitajatel rohkem skeemid, mis viitavad alistumisele ja lootusetusele.

Need mõtted leiavad kinnitust ka binaarse logistilise regressiooni tulemustes, mida tehti teise eesmärgi uurimiseks. Regressioonis oli näha, et stimulantide tarvitamist ennustasid kõrgemad skoorid skeemides nagu “usaldamatus” ja “heakskiidu otsimine” ning madalamad skoorid skeemides nagu “allutatus” ja “läbikukkumine”. Viimased skeemid seega pigem suurendasid depressantide tarvitamise tõenäosust. Tugevaim seos ilmnes usaldamatuse skeemis, kus oli näha, et skeemi skoori suurenemine ühe punkti võrra, rohkem kui kahekordistas stimulantide tarvitamise tõenäosust. Lisaks toetab neid mõtteid ka peakomponentide analüüs. Kuigi gruppide erinevus PCA-l ei olnud tugev, viitab visuaalne muster sellele, et peamiseks selgitavaks komponendiks oli telg, kus oli enim düsfunktsionaalseid skeeme.

Põhinedes tulemustele on oluline rõhutada, et kuigi eraldi skeemides ei olnud statistiliselt olulisi erinevusi, annab skeemide üldine profiil alust mõelda, et stimulantide ja depressantide tarvitajatel võib olla mingil määral skeemides erinevusi.

Näiteks võiks praktiliselt vaadata stimulantide tarvitajate puhul usaldamatuse ja heakskiidu otsimise all peituvatele tunnetele, aidates neil arendada sisemist turvalisust ja autonoomiat, mis ei tugine uimastitele ega välisele kinnitusele. Eriti oluline on see usaldamatuse skeemi puhul, selle skeemiga inimesel on raskusi teiste usaldamisel, kaasaarvatud terapeudi usaldamisel. Seetõttu on oluline teadvustada, et terapeudilise suhte loomine on nende patsientidega sageli aeglasem ja vajab teadlikku protsessi. Depressantide tarvitajate puhul võib suuremat tähelepanu pöörata võimalusele, et neil esineb raskusi eneseväljenduse ja/või isiklike soovide väljendamisega. Kuigi skeemide esinemist tuleb igal juhul hinnata individuaalselt, võimaldavad sellised analüüsid sekkujatel paremini ette valmistada esimesteks kohtumisteks ja kujundada sobivaid sekkumisi.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

### **Olekute seos uimastivalikuga**

Olekud väljendavad eri viise, kuidas inimene skeemi aktiveerumisel toimib (Young et al., 2003). Eesmärk oli ka uurida, kas stimulantide ja depressantide tarvitajatel esineb erinevusi skeemi olekute tasandil. Analüüs näitas, et skeemi olekute üldmustris oli kahe grupi vahel oluline erinevus, näidates, et erinevat tüüpi ainete tarvitamine võib olla seotud erinevate toimetulekuväikestele.

Stimulantide tarvitajate puhul olid kõrgemad skoorid olekutes “suurustlev”, “ründaja” ja “eemaletõmbunud eneserahustaja”. “Suurustlev” olek viitab domineerivale, teiste suhtes ülalt-alla suhtlemisele ning kuulub skeemiteraapias ülekompanseerivate toimetulekuväikestele alla (Eesti Skeemiteraapia Assotsiatsioon, 2018). See võib kujuneda kaitsemehhanismina, et saada hakkama aktiveerunud skeemi mõjuga (Young et al., 2003). Inimene ei pruugi ise märgata, et sisimas valitseb hirm või alaväärsustunne, selle asemel käivitub kaitsemehhanism, mis näiliselt aitab olukorraga toime tulla. Kuna stimulantide tarvitamine võib ajutiselt suurendada enesekindlust, siis võib see tugevdada “suurustlev” olekut ja intensiivistada tarvitamise vajadust. See seos saab tuge ka regressioonianalüüsist, kus „suurustlev“ olek oli stimulantide tarvitamise suunas kaldu, kuigi ei saavutanud statistilist olulisust. “Ründaja” olek näitab agressiivset, kriitilist suhtumist teistesse. See olek võib aktiveeruda näiteks usaldamatuse skeemi puhul. Inimene võib tajuda keskkonda ohtlikuna ja teisi inimesi pahatahtlikuna ja seetõttu reageerida rünnates, mitte selleks, et olla halb, vaid selleks, et ennetada haiget saamist. Sellisel juhul võib jällegi stimulantide tarvitamine toetada seda dünaamikat, tugevdades kontrolli- ja võimutunnet. “Eemaldunud eneserahustaja” olek viitab sisemise ärevuse, üksinduse või pinget maandamisele vältivate ja sõltuvuslike käitumiste kaudu. Kuigi eelnevad uuringud on rohkem seostanud seda olekut depressantide tarvitamisega (Boog et al., 2018), ilmnes käesolevas uuringus selle kõrgem esinemissagedus stimulantide tarvitajate seas. Võib mõelda, et stimulantide tarvitamisel võib olla samuti eneserahustamise komponent, eriti kui uimasti aitab vältida sisemist ebakindlust.

Depressantide tarvitajate puhul esinesid sagedamini skeemi olekud “järeleandlik alistuja” ja “eemaletõmbunud kaitsja”. “Järeleandlik alistuja” viitab hoiakule, kus inimene surub alla oma vajadused, väldib konflikte ning allub teiste soovidele. See olek võib kujuneda vastusena “eneseohverdus” või “allutatus” skeemidele. “Eemaletõmbunud kaitsja” olek viitab teistest eraldumisele ja emotsionaalsele distantsile. Mõlemad olekud kuuluvad vältivate või passiivsete

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

toimetulekuviiside alla ning viitavad püüdele vähendada skeemide aktiveerumist. Need tulemused võivad näidata, et depressantide tarvitamine võib olla seotud passiivse toimetulekuviisiga, mille eesmärk on vähendada pinget või ebamugavustunnet, mitte tingimata kompenseerida nagu stimulantide tarvitamise puhul.

Peakomponentide analüüs kinnitas neid jooni ka visuaalselt. Olekud “ründaja” ja “suurustlev” paiknesid komponentidel, millele koondusid rohkem stimulantide tarvitajad. Seega võib mõelda, et olekute muster peegeldab mingil määral ainevalikuga seotud toimetulekuviise. Stimulantide tarvitajatel kaldub see rohkem aktiivsete, väljapoole suunatud ja ülekompenseerivate olekuteni, samas kui depressantide tarvitamine seostub rohkem passiivsete, alluvate ja vältivate olekutega. Praktikas tähendab see, et stimulantide tarvitajate puhul võib terapeutiline fookus olla rohkem haavatavuse mõistmisel ja aktsepteerimisel ning sisemise turvatunde loomisel, mis ei nõua kompenseerimist. Depressantide tarvitajate puhul võib terapeutiline fookus minna emotsioonide väljendamisele, enesekehtestamise oskuste õppimisele. See teadmine võib toetada esmast hindamise protsessi või sekkumise planeerimise algust.

### **Traumade seos sõltuvushäirega**

Käesolevas töös uuriti ka traumakogemuse seoseid stimulantide ja depressantide tarvitamisega, võttes arvesse trauma esinemist kuues eri valdkonnas ning hinnates traumade mõju nii koguarvuna kui vanuselise jaotuse alusel. Varasemad uuringud on korduvalt toonud esile lapsepõlvetraumade rolli sõltuvushäirete kujunemisel (Levin et al., 2021), mistõttu oli ootus, et võiksid tulla välja ka traumade lõikes erinevused uimasti valiku osas.

Tulemused näitasid, et gruppidevaheline erinevus ilmnes vaid lapseas kogetud traumade skooris, kus depressantide tarvitajatel oli keskmiselt rohkem varaseid traumakogemusi. Pärast Holm-Bonferroni korrektsiooni ei jäänud enam erinevus statistiliselt oluliseks. Siiski pöörame antud töös esialgsele erinevusele tähelepanu.

Üks võimalik selgitus, miks gruppidevaheline erinevus oli tagasihoidlik, võib olla kogu valimi kõrge trauma kogemise määr. 98% osalejatest märkis, et nad on kogenud vähemalt ühte traumat. See seostub ka olemasoleva teaduskirjandusega, kus on rõhutatud, et sõltuvushäiretega inimestel on tihti trauma esinemine pigem reegel kui erand (Farley et al., 2004). Kuna uuritav valim on niivõrd sarnane trauma tausta poolest, siis võivad gruppidevahelised erinevused kaduda, sest trauma pole enam eristav tegur.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Psühholoogilisest vaatenurgast võib siiski pidada oluliseks lapseea traumade arvu depressantide tarvitajate seas. Varane trauma kogemine võib viia vältivate toimetulekuviisideni (Devi & Sinha, 2023). Depressantide tarvitamine võib sel juhul toimida ka kui eneseregulatsioon, mis näiliselt aitab rahuneda, tuimestada või unustada valusaid mälestusi. Kokkuvõtlikult võib öelda, et kõrge trauma kogemise määr kogu valimis kinnitab vajadust käsitleda trauma kogemusi iga sõltuvushäire patsiendi puhul individuaalselt.

### **Tugevused, piirangud ja edasised soovitus**

Magistritööl on mitmeid tugevusi. Uuring põhineb skeemiteraapia teorial ning käsitleb seda sõltuvushäirete kontekstis, mis on seni teaduses vähe uuritud. Tulemused võivad aidata oluliselt rohkem mõista sõltuvuskäitumise olemust. Lisaks võib töö tugevuseks pidada, et kõik uuringus osalejad viibisid statsionaarsel sõltuvusravil. See suurendab andmete usaldusväärsust, sest osalejad olid juba läbinud võõrutuse ning viibisid stabiilses keskkonnas. Haigla keskkonnas viibimine võib vähendada igapäevaelust tingitud emotsionaalseid kõikumisi või võõrutusseisundit ning võimaldab usaldusväärsemalt hinnata skeemide, olekute ja traumadega seotud mustreid enesekohaste küsimustike abil.

Sellegipoolest tuleb töö tulemusi tõlgendada ettevaatlikult. Kuigi valim on Eesti kontekstis esinduslik, on siiski üldine valimi suurus gruppidevahelise erinevuste tuvastamiseks väike. See võis vähendada statistilises analüüsis tulemuste olulisust. Teine piirang on gruppidesse jaotamine. Stimulantide ja depressantide tarvitajate gruppide jaotus põhines osalejate subjektiivsel hinnangul oma põhilise aine valiku osas. Puudub täpne info, mil määral osalejad tarvitasid ka teise rühma uimasteid või millise kriteeriumi alusel nad enda valiku tegid. See võib tähendada, et rühmade piirid ei olnud selged ning osa valimist võis sobitada mõlemasse kategooriasse. Lisaks, kõik mõõdikud põhinesid enesekohastel küsimustikel. Seetõttu võivad vastused olla mõjutatud sotsiaalsest soovitatusest, hetkemeelolust või osaleja eneseanalüüsi oskusest.

Tulevikus võiks sarnase uuringu kordamisel kasutada suuremat valimit, mis võimaldaks uurida ka segatarvitajate grupi eripärasid ning täpsemalt mõista erinevate uimastitarvitaja profiile. Samuti kaasata võrdlusgruppe nii kliinilisest kui mittekliinilistest valimistest. Soovitatav oleks lisada ka objektiivsemaid mõõtmisviise, näiteks kliinilist intervjuud või haiguse anamneesi andmeid, selleks, et täpsemalt gruppe jaotada.

## **Kokkuvõte**

Magistritöö raames leiti stimulantide ja depressantide tarvitajate gruppide vahel oluline erinevus skeemide ja olekute kogumõjus, mis viitab profiilide üldisele eristumisele. Üksikutes skeemides ja olekutes ei olnud tulemused pärast mitmese testimise korrektsiooni enam olulised, kuid mitmed trendid väärivad tähelepanu. Stimulantide tarvitajaid iseloomustasid kõrgemad skoorid skeemides nagu “usaldamatus”, “heakskiidu otsimine” ja “grandioossus”, ning skeemi olekutes nagu “suurustlev”, “ründaja” ja “eemaletõmbunud eneserahustaja”. Samas logistilises regressioonis oli näha, et “grandioossus” skeemi kõrgem skoor pigem vähendas stimulantide tarvitamise tõenäosust, siis kui teiste skeemide mõju oli kontrollitud. See viitab võimalusele, et “grandioossus” võib olla korrelatsioonis mõne teise skeemiga, näiteks “usaldamatus”, mis mõjutab tulemust. Depressantide tarvitajate puhul esines kõrgemaid väärtusi skeemides nagu “allutatus” ja “läbikukkumine” ning olekutes nagu “järeleandlik alistuja” ja “eemaletõmbunud kaitsja”. Traumade sageduse osas statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud. Traumade vanuselises jaotuses oli näha, et depressantide tarvitajatel võib olla rohkem lapseeas kogetud traumasid. Peakomponentide analüüsi tulemused toetasid eelnevaid leide. Loodan, et tehtud töö annab mõtteainet, mida edaspidi uurida, selleks, et mõista veelgi täpsemalt sõltuvushäireid.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

**Kasutatud kirjandus:**

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Washington, DC: American Psychiatric Publishing.*

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C.W., Brand Wilde, O.M., Fassbinder, E., Harper, R.P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I.A., Ruths, F.A., Schweiger, U., Shaw, I.A., Zarbock, G., Farrell, J.M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 79, 287-299.

Boog, M., van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J., & Franken, I. H. A. (2018). Schema Modes and Personality Disorder Symptoms in Alcohol-Dependent and Cocaine-Dependent Patients. *European Addiction Research*, 226–233.

Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337–342.

Brown, P. J., Read, J. P., & Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. *American Psychological Association*, 171–188.

Devi, S., & Singh, S. S. (2023). Risk factors for drug addiction: A review. *Indian Journal of Health and Well-being*, 14(3), 383–387

Dickey, B., Normand, S.-L. T., Weiss, R. D., Drake, R. E., & Azeni, H. (2002). Medical Morbidity, Mental Illness, and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 53(7), 861–867.

Elmquist, J., Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2015). The relationship between early maladaptive schemas and eating-disorder symptomatology among individuals seeking treatment for substance dependence. *Addiction Research & Theory*, 23(5), 429–436.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M., & Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 161–167.

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 133- 142.

International Trauma Consortium. (2021). International Trauma Exposure Measure (ITEM).  
Kättesaadav: <https://www.traumameasuresglobal.com/item>

Karami, Z., Massah, O., Farhoudian, A., & O'jei, A. (2015). Early maladaptive schemas in opiate and stimulant users. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2), 10–13.

Kasyanik P. M., & Romanova E. V. (2013). Диагностика ранних дезадаптивных схем.  
Санкт-Петербург: *Издательство Политехнического университета*.

Khosravani, V., Alvani, A., Seidisarouei, M., Amirinezhad, A., & Shojaee, D. (2017). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the users of natural and synthetic substances and healthy subjects. *Journal of Substance Use*, 22(2), 168–175.

Lacy, E. (2024). *STAT*: Schema therapy for addiction treatment, a proposal for the integrative treatment of addictive disorders. *Frontiers in Psychology*, 15, 1366617.

Lehtme, E. (2021). Eestikeelse skeemi olekute küsimustiku psühhomeetriliste omaduste uurimine segavalimil. *Magistritöö*.

Levin, Y., Lev Bar-Or, R., Forer, R., Vaserman, M., Kor, A., & Lev-Ran, S. (2021). The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors*, 118, 106.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, *90*(1), 89–96.

Ouimette, P., Moos, R. H., & Finney, J. W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 410–414.

Padykula, N. L., & Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, *38*(4), 351–360.

Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (1993). Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised.

<https://www.kliinikum.ee/psyhhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

Vaadatud 01.02.2025

Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 207–215.

Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Phukao D., Guadamuz, T. (2022). Early maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. *30*(6):1416-1432

Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, *33*(3), 426–447.

Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Differences in Early Maladaptive Schemas in a Sample of Alcohol and Opioid Dependent Women: Do Schemas Vary Across Disorders?. *Addiction research & theory*, *21*(2), 132–140.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

Spirou, D., Raman, J., Bishay, R.H. (2022). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, early maladaptive schemas, and schema modes: a comparison of individuals with obesity and normal weight controls. *BMC Psychiatry* 22, 517.

Skeemiteraapia. (n.d.). *Skeemid*. WordPress. Kasutatud 20. aprillil 2025, aadressilt <https://skeemiteraapiacom.wordpress.com/skeemid/>

Snoek, A., Levy, N., & Kennett, J. (2016). Strong-willed but not successful: The importance of strategies in recovery from addiction. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 102–107.

Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J.-M. (2017). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*.

The Recovery Village. (n.d.). *Stimulants vs. depressants: Definitions, differences & similarities*. <https://www.therecoveryvillage.com/stimulant-addiction/stimulants-vs-depressants/>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024: Special points of interest*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England*

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: *Professional Resource Exchange*

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

Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M., & Klokman, J. (2014). Опросник Режимов (Schema Mode Inventory, SMI), версия 1.1 (пер. П. М. Касьяник & Е. В. Романова).

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

### **Tänuavaldused**

Olen tänulik kõikidele inimestele, kes uuringus osalesid ja olid valmis jagama enda sisemaailma, panustades sellega olulisel määral käesolevasse magistritöösse. Samuti tänan Viljandi Haigla ravi- ja rehabilitatsioonikeskust ning Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku sõltuvushäire keskust, kelle juhid võimaldasid andmeid koguda.

Eriline tänu kuulub magistritöö juhendajale Kaia-Kastepõld Tõrsile, kelle nõuanded, tagasiside ja toetav hoiak mängisid olulist rolli töö valmimisel.

Skeemid, olekud ja trauma sõltuvushäirega patsientidel

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Adriana Vassiljev,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Mittekohastumuslike skeemide, olekute ja traumakogemuste seos uimastivalikuga sõltuvushäirega patsientidel“, mille juhendaja on Kaia-Kastepõld Tõrs, 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 Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, 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.

Adriana Vassiljev

12.05.2025