

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Enely Lehtme

SKEEMI MOODIDE KÜSIMUSTIKU (SMI) EESTI KEELDE KOHANDAMINE:  
PILOOTUURING

Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri: Eestikeelne skeemi moodide küsimustik

Tartu 2018

## **Skeemi moodide küsimustiku eesti keelde kohandamine: pilootuuring**

### **Kokkuvõte**

Skeemiteraapia (Young, 1994) on integratiivne teraapiamudel, mille baas on kognitiiv-käitumuslikus teraapias ning mida rakendatakse keeruliste psühholoogiliste juhtumite ravis. Selle töö raames kohandati skeemiteraapias rakendatavat hindamisvahendit: skeemi moodide küsimustikku (SMI). Testipaketti kuuluvaid küsimustikke, sh skeemi moodide küsimustik, täitsid esmasel vastamisel 201 (N = 153, M = 47, muu = 1) täiskasvanut vanuses 18-77 ( $M = 29.32$ ;  $SD = 11.17$ ) ning kordustestimisel 86 (N = 65, M = 21) täiskasvanut vanuses 18-23 ( $M = 20.6$ ;  $SD = 1.43$ ). Eestikeelse SMI psühhomeetriliste omaduste kontrollimiseks tehti uuriv faktoranalüüs, korrelatsioonianalüüsid alaskaalade vahel, sisereliaabluse analüüs. Leiti 14-faktoriline mudel, mis on kooskõlas varasemate uuringutega. Töö peamiseks puuduseks on valimi suurus, mis võis tulemusi mõjutada. Seetõttu on äärmiselt oluline jätkata andmete kogumist, muuhulgas kaasates kliinilist valimit.

*Märksõnad:* skeem, skeemi moodid, adapteerimine, küsimustik

## **Schema mode inventory adaptation into Estonian: pilot study**

### **Abstract**

Schema therapy (Young, 1994) is integrative therapy model which is based on cognitive-behavioral therapy and is used in treatment of complex psychological cases. The aim of current paper was to adapt SMI into Estonian as a necessary tool for specialists in their practice. A set of questionnaires was completed by 201 (153 women, 47 men, 1 other) adults between ages 18-77 years ( $M = 29.32$ ;  $SD = 11.17$ ) during baseline and by 86 (65 women, 21 men) adults between ages 18-23 years ( $M = 20.6$ ;  $SD = 1.43$ ) during retesting. To verify the psychometric features of Estonian SMI, exploratory factor analysis, internal-consistency test and correlation analysis between the subscales were conducted. The results of factor analysis are in accordance with previous research results. The main limitation of current study is sample size which could have impacted the results. It is extremely important to continue the data collection process and include clinical population as well.

*Keywords:* schema, schema modes, adaptation, inventory

## Sissejuhatus

Skeemiteraapia areng komplekssete psühholoogiliste probleemide ravimeetodina kestis umbes 20 aastat. Selle aja jooksul muutus skeemiteraapia piisavalt defineerituks ja operatsioonalseks, et seda saab kasutada ja hinnata randomiseeritud kontrollitud uuringus (Giesen - Bloo et al., 2006). Eestis on skeemiteraapia ametlikult esindatud alates 2017.aastast ning esimene grupp terapeute on koolituse läbinud ja töötavad supervisiooni all. Selle uuringuga piloteeriti eesti keelde kohandatava SMI psühhomeetrilisi omadusi, mis on üks vajalikest testidest hindamise teostamiseks skeemiteraapia läbiviimisel. Eesti keeles puuduvad praegu selleks otstarbeks vajalikud kohandatud küsimustikud.

Järgnevalt antakse ülevaade skeemiteraapiast üldiselt, SMI olemusest ja loomusest, selle psühhomeetrilistest omadustest ning tugevustest ja nõrkustest.

### **Skeemiteraapiast (ST) üldiselt**

Skeemiteraapia (Young, 1994) on integratiivne teraapiamudel, mille rakendusvaldkond on isiksusehäirete, traumajärgsete seisundite ja krooniliste või komplekssete juhtumite psühholoogiline ravi. Skeemiteraapia baas on kognitiiv-käitumisteraapias, millega kombineeritakse alusteooriatena peamiselt kiindumussuhte teooria, psühhodünaamilise lähenemise, konstruktivismi, objektisuhete teooria ning geštalteraapia ideid ja tehnikaid (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Skeemiteraapia arenes välja Jeffrey Youngi kognitiiv-käitumuslikest praktikatest ja kliinilistest kogemustest ning tõdemusest, et kognitiiv-käitumisteraapia on piiratud võimalustega eelpoolnimetatud rakendusvaldkondades. Skeemiteraapia sekkumisena on suunatud pigem häirete kroonilistele aspektidele kui akuutsetele psühhiaatrilistele sümptomitele (Young et al., 2003). 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 mittetoimivat skeemi, mis teevad nad haavatavaks psüühiliste häirete suhtes. Mittetoimiva skeemiga toimetulekuks/-kul kujunevad välja düsfunktsionaalsed toimetulekustiilid, mille rakendamine kätkeb endas olevikus mitmesuguseid probleeme. Sattudes kokku probleemi vallandajaga, aktiveeruvad mittetoimivad skeemid ja toimetulekustrateegiad ning seda seisundit kutsutakse skeemiteraapias moodiks. See tähendab, et inimesel on erinevad

seisundid (skeemi moodid), milles tema skeemid väljenduvad igapäevaelu kontekstis. Järgnevalt käsitletakse nelja skeemiteraapia teooria põhikomponenti – varased mittetoimivad skeemid, baasilised emotsionaalsed vajadused, skeemidega toimetuleku stiilid ning skeemi moodid - põhjalikumalt.

Skeemiteraapia postuleerib, et skeemid arenevad välja lapsepõlves, lapse baasvajaduste ja teda ümbritseva keskkonna (sh oluliste täiskasvanute reaktsioonid) interaktsioonis (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011; Young et al., 2003). See tähendab, et kui last ümbritsev keskkond ei reageeri lapse vajadustele vastavalt, siis arenevad välja mittetoimivad skeemid, mis kinnistuvad kogu järgneva elu vältel.

Varaseid mittetoimivaid skeeme iseloomustavad järgmised aspektid (Young et al., 2003):

- Laiaulatuslik, püsiv muster või teema
- Sisaldab mälestusi, emotsioone, mõtteid ja kehalisi reaktsioone
- Suunatud iseendale või enda suhetele teiste inimestega
- Arenevad lapsepõlves või noorukieas
- Juurdunud elu jooksul ning
- Olulisel määral inimese igapäevast toimetulekut häiriv.

Varased mittetoimivad skeemid (*early maladaptive schemas*, Young et al., 2003) on seotud igäüks kindla baasilise emotsionaalse vajadusega (nt lähedus, iseseisvus, kuulumistunne vt Tabel 1), millele puudulik vastus aitab kujundada mittetoimivat skeemi. Young väidab, et mittekohased skeemid on olemas igal inimesel, kuid need muutuvad jäigemaks ja ekstreemsemaks teatud tegurite, nagu lapse temperament ja negatiivsete elusündmuste esinemine, kokkulangemisel (Young & Klosko, 1994). Mittekohased skeemid omakorda suurendavad inimese haavatavust igapäevaelu olukordades, andes aluse psühhopatoloogiliste sümptomite väljakujunemiseks (McGinn & Young, 1996; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002).

Varajaste mittekohaste skeemide lihtsamaks organiseerimiseks saab need jagada viide valdkonda: eraldatus ja tõrjutus, piiratud iseseisvus ja suutlikkus, häiritud piiride tunnetus,

teistele suunatus, ülivälvsus ja pidurdatus (vt Tabel 1).

**Tabel 1.** Baasvajadused (Young et al., 2003).

<b>Baasiline emotsionaalne vajadus</b>	<b>Vastav skeemi valdkond</b>
Turvaline kiindumussuhe teistega (turvalisus, stabiilsus, hoitus ja aktsepteeritus)	Eraldatus ja tõrjutus
Autonoomsus, kompetentsus ja eneseidentiteedi tunne	Puudulik iseseisvus ja suutlikkus
Vabadus väljendada oma vajadusi ja emotsioone	Teistele suunatus
Spontaansus ja mängulisus	Ülivälvsus ja pidurdatus
Realistlikud piirid ja enesekontroll	Häiritud piiride tunnetus

Young et al. (2003) rõhutavad, et käitumine ei ole skeemi osa, vaid skeem ajendab teatud käitumisi, mida Young käsitleb oma teoorias toimetuleku viisidena (*coping styles*). Skeemiteraapia käsitluse kohaselt tulevad inimesed oma skeemidega igapäevaelus toime kolmel erineval viisil: nad kas alistuvad skeemile (ehk võtavad skeemi vastuvaidlemata omaks), väldivad skeemi (ehk väldivad inimesi või olukordi, kus skeem vallandub) või kompenseerivad skeemi (ehk püüavad tõestada oma käitumisega, et skeem ei ole paikapidav) (Rafaeli et al., 2011). Kuna skeemid arenevad välja enamasti varases lapsepõlves või teismeliseas, siis on strateegiad nendega toimetulekuks samuti pikema aja jooksul välja kujunenud ja juurdunud. Viimasest lähtuvalt on arusaadav, miks inimesed enamasti ei teadvusta endale oma toimetulekustiili. Inimese poolt kasutatavad mittetoimivad toimetulekustiilid kinnitavad negatiivsete skeemide tähendusi ning seeläbi aitavad kaasa nende püsimisele.

Skeemiteraapia kõige keerulisemaks osaks peetakse moodide (*schema mode*) mõistet. Tegemist on terminiga, mis kirjeldab hüpoteetilist konstrukti. Vajadus täiendada skeemiteraapia lähenemist moodide mõistega kasvas välja piirialase isiksusehäire ravist (Young et al., 2003). Piirialase isiksusehäirega patsientidel on sageli mitmeid kompleksseid ja

dünaamilisi skeeme, mistõttu oli skeemipõhine lähenemine mõnevõrra piiratud. Leiti, et piirialase isiksusehäirega patsientide kompleksust ja afekti labiilsust saab paremini esitada nn seisundi mudeliga, mille primaarseks komponendiks on moodid. Nüüdseks on moodide kontseptsiooni rakendatud paljudele teistele häiretele ja erinevate funktsioneerimise tasemega klientidele (Martin & Young, 2010), ning sellest on saanud skeemiteraapia põhiline komponent.

Mood (*schema mode*) on mõtetel, tunnetel ja käitumisel põhinevate skeemikogumite muster, mis on teistest skeemi moodidest sõltumatu (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005). Lihtsamalt öeldes, on mood seisund, milles spetsiifiliste vallandajate poolt aktiveerituna väljendub skeem. Vallandajaks võivad olla mistahes tegurid inimese elus, millel on tema skeemidest tulenevalt emotsionaalne tähendus nende jaoks. Moodid on dünaamilised – inimene võib ühest moodist teise lülituda kiiresti ja/või enesele märkamatu. Näiteks isiksusehäiretega patsientidele peetakse iseloomulikuks kiiret muutlikkust emotsioonides ja käitumises ehk moodides (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007; Young et al., 2003). Young et al. (2003) pakkusid välja 10 skeemi moodi, mida saab grupeerida nelja suuremasse kategooriasse:

I kategooria: düsfunktsionaalsed lapse moodid/olekud (*Dysfunctional child modes*), mis peegeldavad baasiliste emotsionaalsete vajaduste lapsepõlves puudulikkuse täitmist (ehk selle tõttu arenenud skeeme).

II kategooria: düsfunktsionaalsed toimetuleku moodid (*Maladaptive coping modes*), mis peegeldavad üle kompenseerimise, vältimise ja alistumise toimetulekustiilide liigkasutust.

III kategooria: düsfunktsionaalsed vanema moodid (*Dysfunctional internalized parent modes*), mis peegeldavad patsiendis ta vanemate (või teiste, lapse arengut oluliste täiskasvanutena mõjutanud isikute) mustreid (hoiakuid, käitumisi, reaktsioone), mis on neis internaliseerunud.

IV kategooria: funktsionaalsed moodid, mille hulka kuuluvad terve täiskasvanu mood (*Healthy adult mode*), mis sisaldab funktsioneerivaid kognitsioone, mõtteid ja käitumist; ning õnneliku lapse mood (*Happy child mode*), mis peegeldab rahulolu ja muid positiivseid emotsioone.

Arvatakse, et toimetuleku moodid tulenevad viisidest, kuidas laps õpib ekstreemse

stressiga toime tulema (Arntz et al., 2005) – moodide arenemist kujundab oluliste täiskasvanute toimimine mudelina (nt vanema moodid, õnneliku lapse mood), keskkonnana (düsfunksionaalsed lapse moodid ja toimetuleku moodid) ja otsese õpetamise (terve täiskasvanu mood) kaudu.

Moodid on samamoodi nagu skeemidki kõigil olemas, kuid erinevad intensiivsuse ja eraldatuse poolest tervetel ja häirega inimestel (vt Tabel 2). Teraapia eesmärk on aidata kaasa moodide omavahelise integreerituse kujunemisele ning funktsionaalsete moodide prevaleerimisele düsfunktsionaalsete moodide üle.

**Tabel 2.** Moode iseloomustavad dimensioonid (Young et al., 2003).

Eraldunud	➔	integreeritud
Teadvustamata	➔	teadvustatud
Mittetoimivad	➔	toimivad
Ekstreemsed	➔	mõõdukad
Rigiidsed	➔	paindlikud
Puhtakujulised	➔	segatud

### **Skeemi moodide küsimustik (SMI) loomine ja olemus**

Skeemiteraapia läbiviimisel peetakse selle oluliseks osaks hindamist, mille raames hinnatakse teraapias osaleja psühholoogilist funktsioneerimist, psühhopatoloogiat ning ka tema skeeme ja moode. Viimasena nimetatute hindamise otstarbeks on skeemiteraapia autor, Jeffrey Young, koos erinevate kolleegidega välja töötanud spetsiaalsed mõõtvahendid. Skeemiteraapias kasutatavad küsimustikud on aluseks juhtumi kontseptualiseerimisel ja teraapias hüpoteeside püstitamisel, samuti toetavad nad teraapiasse sotsialiseerimise protsessi ning on vahendiks hindamaks teraapia edenemist ning toimet (Sheffield & Waller, 2012). Käesoleva töö teemast tulenevalt keskendutakse järgnevalt Skeemi moodide küsimustikule.

Moodide hindamiseks oli aastaks 2007 loodud kaks erinevat küsimustikku - *Schema Mode Questionnaire* (SMQ; Klokman, Arntz & Sieswerda, 2005) ja *Young-Atkinson Mode*

*Inventory* (YAMI) (Young, Atkinson, Engels & Weishaar, 2004). Nende puudusteks loeti, et need sisaldasid vaid 10 moodi, mis ei võimaldanud hinnata häirespetsiifilist moodide esinemist ning nende küsimustike kohta ei olnud saadaval piisavalt informatsiooni nende psühhomeetriliste omaduste kohta (Lobbestael, 2012). Täpsemalt, SMQ (Klokman et al., 2005) koosnes 119 väitest, mis kaardistasid seitsme skeemi moodi esinemist. Nendeks olid hüljatud/väärkoheldud laps, vihane laps, eemalolev kaitsja, karistav vanem, kuulekas alistuja, ülekompenseerija ja terve täiskasvanu. Iga moodi hindas 17 väidet, millest seitse väljendasid mõtet, viis tunnet ja viis käitumist. Neid väiteid mõõdeti 10 cm pikkusel visuaal-analoog skaalal (mõtete osas skaala otspunktid “Ma ei usu seda üldse” kuni “Ma usun seda täielikult”; tunnete osas “Ma ei tunne mitte kunagi nii” kuni “Ma tunnen alati nii” ja käitumise osas “Ma ei tee kunagi nii” kuni “Ma teen alati nii”). YAMI (Young et al., 2004) koosnes 186st väitest ning mõõtis 10 moodi esinemist. Nendeks olid impulsiivne laps, rahulolematu lapsevanem ja õnnelik laps lisaks eelmainitud seitsmele. YAMIs ei olnud väited jagatud sektsioonidesse mõtete, tunnete ja käitumise alusel, vaid moodide alusel. YAMI väiteid mõõdeti 6-punktilisel sagedusskaalal alates “mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi” kuni “kogu aeg” (Lobbestael, 2012).

Eelpool kirjeldatud kahe küsimustiku alusel loodi *Schema Mode Inventory* (SMI) ehk skeemi moodide küsimustik (Young et al., 2014), millega loodeti mõõta 16 skeemi moodi. Küsimustiku loomisel otsustati, et igat SMI väidet hinnatakse sageduse alusel, kuigi terapeutiliselt on väga oluline ka moodide intensiivsuse arvestamine. Nii terapeutilisel kui ka uurimistöo eesmärgil on kasulikum uurida moodide üldist sagedust, mitte küsimustiku täitmise ajal esinevat moodide esinemist. SMI annab rohkem informatsiooni spetsiifiliste häirete moodide kohta, mis suurendab küsimustiku kliinilist relevantsust. Kuna SMI on *Schema Mode Questionnaire*'i (SMQ) (Klokman et al, 2005) ja *Young-Atkinson Mode Inventory* (YAMI) (Young et al, 2004) laiendus, siis koosneb see kõikidest SMQ ja YAMI väidetest. Lisaks võeti arvesse ka Becki, Freemani ja Davise (2004) ning Youngi ja kolleegide (2003) ning kliiniliste vaatluste põhjal tehtud soovitusi (Lobbestael, 2012) ning soovitusi lisada veel moode (nt ennastülistav mood).

SMI algne väidetekogum sisaldas 269 väidet, mida täita oli patsientidele üsna



ajakulukas, mis viis lühema versiooni väljatöötamiseni. Sisuline analüüs tõi välja seniste moodide – üksik laps ja hüljatud laps – suure kattuvuse, mistõttu otsustati need moodid ühendada ja nimetada haavatavaks lapseks. Samuti kaldus ülekompanseerija mood laaduma teistesse alaskaaladesse ning seetõttu otsustati sellest moodist loobuda (Lobbestael, 2012). SMI lühendatud versioon avaldati 2007.aastal (Young et al, 2007) ning koosneb 124 väitest, mida hinnatakse 6-punktsel 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 moodi 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 moodi:

1. Haavatav laps (*Vulnerable Child*) - tunneb end üksildase lapsena, keda väärtustatakse ainult vanematele meele järele olemise ulatuses. Kuna kõige olulisemad baasvajadused ei ole rahuldatud, on tekkinud üksildus- ja tühjusetunne. Tugeva emotsionaalse valu ja hülgamishirmu tunded on tihedalt seotud lapse teotava minevikuga.
2. Vihane laps (*Angry Child*) – tunneb intensiivset viha, pettumust, raevu või kannatamatust, sest baasilised emotsionaalsed või füüsilised vajadused ei ole täidetud.
3. Raevunud laps (*Enraged Child*) – tunneb intensiivset viha, mida väljendab solvumisega või hävitava käitumisega inimeste või objektide osas. Ei suuda raevutundeid kontrollida.
4. Impulsiivne laps (*Impulsive Child*) – käitub mitte-põhiliste soovide või impulsside ajal egoistlikul või kontrollimatul viisil, et oma tahet saada. Sageli esineb raskusi lühiajalise rahulolu viivitusega.
5. Distiplineerimatu laps (*Undisciplined Child*) – ei suuda end sundida tavapäraseid või igavaid ülesandeid lõpetama, ärritub kergesti ning annab kiiresti alla.
6. Õnnelik laps (*Happy Child*) - tunneb end armastatuna, rahulolevana, ühendatuna, rahuldatuna, täidetuna, kaitstuna, aktsepteerituna, kiidetuna, väärtuslikuna, hoolitsetuna, juhituduna, mõistetuna, kinnitatuna, usaldusväärseks, pädevana, asjakohaselt autonoomse või sõltuvana, turvalisena, vastupidavana, tugevana, kontrolli

omavana, kohanemisvõimelisena, kaasatuna, optimistlikuna ja spontaansena.

7. Kuulekas allaandja (*Compliant Surrender*) – käitub passiivsel, alluval, alandlikul, heaskiitu otsival või ennast taunival viisil teistega koos olles tingituna hirmust, konfliktist või hülgamisest. Talub väärkohtlemist ja/või halba kohtlemist.
8. Eemaldunud kaitsja (*Detached Protector*)– lülitab välja vajadused ja tunded. Eemaldub inimestest emotsionaalselt ning lükkab tagasi nende abi. Tunneb end eemaletõmbunult, reaalsusest eemaldunult, häiritult, ühendatusest väljas, depersonaliseeritult, tühjalt või tüdinult.
9. Eemaldunud rahustaja (*Detached Self-Soother*) – on orienteeritud kõrvalejuhtimisele, rahustavatele või stimuleerivatele tegevustele (nt, uimastite kuritarvitamine, töö, magamine, internetis surfamine, jutustamine, sport või seksuaalsed tegevused) kompulsiiivsel või ülemäärasel viisil, et viia mõtted eemale valulikelt tunnetelt või vältida nende olemasolu.
10. Ennast ülistav kaitsja (*Self- Aggrandizer*) - 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. Agressiivne kaitsja (*Bully and Attack*) - solvab, kontrollib, petab või käitub passiiv-agressiivsel viisil teiste suhtes, et ülekompanseerida selleks, et olla võimeline tegelema väärkohtlemise, usaldamatuse, deprivatsiooni või puudujääkidega.
12. Karistav vanem (*Punitive Parent*) – tunneb, et ise või teised väärivad karistust või süüid ja sageli käitub nende tunnete ajal olles süüdistav, karistav või väärkohtlev enda (nt, ennast vigastav käitumine) või teiste suhtes.
13. Nõudlik vanem (*Demanding Parent*) – 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 (*Healthy Adult*) – hellitab, valideerib ja kinnitab haavatava lapse moodi. Seab piirid vihase ja impulsiivse lapse moodidele. Edendab ja toetab õnneliku lapse moodi. Võitleb ja lõpuks asendab mittekohased toimetuleku moodid (nt,

agressiivne kaitsja). Neutraliseerib või modereerib mittekohaseid vanemate moode (karistava ja nõudliku vanema moodid).

Küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi hinnati uuringus (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010), milles osales 863 uuritavat. Analüüsi lülitati 691 vastaja tulemused, kelle hulgas oli 319 ilma häireta inimest, 136 I telje ja 236 II telje häiretega patsienti. Faktorstruktuuri kontrollimiseks kasutati kinnitavat faktoranalüüsi, mille tulemusel nenditi, et eeldatud 14-faktoriline lahend on põhjendatud (Lobbestael, 2012). See tähendab, et statistiline analüüs toetas kliinilist kogemust, mille kohaselt on mõtekas eristada neid 14 moodi eraldiseisvatena (nt nõudliku vs karistava vanema moodid). Edasi uuriti moodide ja skeemide omavahelisi korrelatsioone. Leiti, et kõikide moodide ja skeemide vahel esineb mõõdukas kuni kõrge seos. Kõige tugevamad olid seosed selliste moodide ja skeemide vahel, kus võib eeldada sisulist kattuvust (nt kuuleka alistuja mood ja eneseohverdamise ja alistumise skeemid). Leiti ka, et ekstreemsemat käitumist kirjeldavad moodid seostusid vähem skeemidega (nt raevunud lapse ja enese ülistamise moodid). See kinnitab Lobbestaeli (2012) sõnul Youngi eeldust, et isiksusehäirete jooned on enam väljendunud moodides kui skeemides.

SMI konstruktivaliidsuse osas läbi viidud analüüside tulemused peegeldasid küll soovitud trende, kuid jäid loodetust tagasihoidlikemaks (Lobbestael et al., 2010), samas testiretest analüüsi tulemused näitasid, et SMI mõõdab stabiilseid konstrukte. Kuigi moodid peegeldavad ajutisi seisundeid, on siiski tähtis, et moodide kombinatsioon, mida patsiendid sageli raporteerivad, püsiks ajas stabiilne. Alagruppide võrdlemisel saadi kinnitust, et kõige enam on moodid väljendunud II telje häiretega inimestel, seejärel I telje häiretega ja kõige vähem tervetel osalejatel (Lobbestael, 2012).

### **SMI adapteeringute psühhomeetrilised omadused**

Tänaseks on SMI tõlgitud ja valideeritud 14 erinevas keeles: inglise, hollandi, itaalia, saksa, rootsi, türgi, prantsuse, hispaania, portugali, kreeka, korea, norra, taani ja urdu. Käesolevas töös on kasutatud hollandi, saksa, taani ja urdu keele adapteeringute kohta avaldatud andmeid.

*SMI adapteeringute faktorstruktuur*

SMI psühhomeetriline analüüs näitas, et kõige adekvaatsem on 14-faktoriline tulem (Lobbestael et al., 2010; Lobbestael, 2012). See tähendab, et statistiliselt on põhjendatud eristada kõiki neid alaskaalasid, sest need mõõdavad erinevaid konstrukte. See tulemus on vastavuses ka kliiniliste vaatlustega, kus paljud terapeutid ja patsiendid kogevad, et need 14 moodi küll sarnanevad üksteisega, aga esindavad siiski fundamentaalselt erinevaid konstrukte (Lobbestael, 2012). Seega küsimustiku struktuur koosneb 14 moodist, milleks on haavatav laps, vihane laps, raevunud laps, impulsiivne laps, distsiplineerimatu laps, õnnelik laps, kuulekas allaandja, eemaldunud kaitsja, eemaldunud rahustaja, ennast ülistav kaitsja, agressiivne kaitsja, karistav vanem, nõudlik vanem ning terve täiskasvanu (Lobbestael et al., 2010). Eelpool nimetatud 14-faktorilist lahendit on korratud ka kõigis käesoleva töö autorile kättesaadavates erinevatesse keeltesse adapteerimise analüüsides. Nii leiti 14-faktoriline lahend sobiv olevat SMI kohandamisel saksa keelde (Reiss et al., 2012), itaalia keelde (Panzeri, Carmelita, De Bernardis, Ronconi & Dadomo, 2016), urdu keelde (Riaz & Khalily, 2013), taani keelde (Reiss, Krampen, Christoffersen & Bach, 2016). Töodes on struktuuri analüüsimisel peamiselt kasutatud uurivat ja kinnitavat faktoranalüüsi.

#### *SMI adapteeringute reliaablus ja valiidsus*

Erinevates uuringutes varieerus küsimustiku alaskaalade keskmine sisemine konsistentsus .81-est kuni .87-ni (nt Panzeri et al., 2016; Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012). Urdukeelse SMI sisemine konsistentsus oli mõnevõrra madalam ulatudes .41 kuni .82, keskmisega .74 (Riaz & Khalily, 2013), kusjuures madalaimad koefitsendid iseloomustasid distsiplineerimatu lapse, kuuleka allaandja; eemaldunud rahustaja, ennast ülistava kaitsja; agressiivse kaitsja alaskaalasid.

Alaskaaladevahelised korrelatsioonid olid statistiliselt olulised ( $p < .01$ ) (nt Riaz & Khalily, 2013) ning kooskõlas eeldusega, mis tähendas, et adaptiivsed moodid korreleerusid omavahel ning mitteadaptiivsed moodid omavahel (Nt Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012; Reiss et al., 2016). Lisaks sellele korreleerusid adaptiivsed moodid negatiivselt kõikide kohanemist raskendavate moodidega (Reiss et al., 2016).

Kokkuvõttes võib väita, et SMI senised kohandamised on andnud tulemuseks originaalile sarnase faktorstruktuuri ning head reliaabluse ja valiidsuse näitajad.

### **SMI tugevused ja nõrkused**

Spetsialistid, kes kasutavad SMId, võivad sageli sattuda segadusse, kuna skeemi moodid on kõige keerulisemad konstruktid skeemiteraapias. Nende esmane hinnang patsiendi moodide osas ei pruugi kokku langeda testitulemustega. Sellest tulenevad selle küsimustiku rakendamisel praktilised nõrkused - spetsialistil tekivad küsimused enda hindamispädevuse osas, skeemiteraapia kasulikkuse osas selle patsiendiga töötades ning patsiendi aususe osas küsimustiku täitmisel. Nende ületamiseks on oluline, et küsimustiku sisu ja vorm oleksid läbimõeldud, põhjendatud ja kontrollitud ka keeleruumi kontekstis. Teine aspekt, mida tasub rõhutada, on moodide komplekt küsimustikus ja moodide lisamine. Enne uute moodide lisamist tuleks aga kindlasti kaaluda nende unikaalset tähtsust ning meeles pidada, et iga indiviid võib näidata natuke erinevat variatsiooni teatud moodis. Seega on otstarbekas lisada uusi moode, kui need ületavad idiosünkraatilise tähenduse taseme ning on piisavalt spetsiifilised kindlate isiksusehäirete alaskaalade jaoks (Lobbestael, 2012).

Küsimustiku nõrgaks küljeks loetakse madalat häirespetsiifilisust (Lobbestael, 2012), mida loodetakse, et parandab küsimustiku edasiarendus SMI-2 (Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz, 2011). SMI-2 sisaldab 18 moodi ja 174 väidet. Täpsemalt, loodetakse, et tehtud lisandused parandavad C klasteri isiksusehäirete hindamise tundlikkust.

Kasutades SMId uurimistöös, on väga oluline valimi koostamisel arvesse võtta mõningaid näpunäiteid. Lobbestael (2012) tõi välja, et valimisse võiks kuuluda varieeruva patoloogia määraga invidiidid, sest terved inimesed saavad suhteliselt madalaid skooore patoloogia moodides, mis muudab valimi mitte-esinduslikuks. Antud soovitus on käesolevas töös eiratud spetsiifilise valimi mitte-otstarbeka koormamise printsiibist lähtudes - kuna vajadus on eestikeelset tõlget enne piloteerida, kui kliinilise valimiga andmete kogumist alustada.

### **Uurimistöö eesmärk, olulisus ja hüpoteesid**

Käesoleva töö peamine eesmärk on eestikeelse skeemi moodide küsimustiku adapteerimise alustamine selle piloteerimisega mitte-kliinilisel valimil. Lisaeesmärgiks on aidata kaasa temaatilise eestikeelse terminoloogia loomisele. Uurimus on oluline, sest see on esimene töö, mis loob võimaluse eesti keeleruumis erinevate psüühikahäirete diagnoosimisel

ja ravis kasutada skeemi moodide küsimustikku (SMI). Tehti faktoranalüüs eesmärgiga hinnata küsimustiku konstruktivaliidsust. Lähtuvalt uuringu eesmärgist eeldatati, et küsimustiku struktuur on vastavuses eelnevalt uuritud struktuuridega, näiteks Lobbestael et al. (2010). Lisaks sellele on töö eesmärgiks kontrollida antud küsimustiku valdiidsust ning reliaablust eesti keele keskkonnas.

## **Meetod**

### **Tõlkimisprotseduur ja pilootuuring**

Esiteks läbis *Schema Mode Inventory* (SMI), millel on 124 väidet. tõlke-tagasitõlke protsessi, mille käigus tõlgiti väiteid nelja erineva tõlkija (psühholoogid) poolt inglise keelest eesti keelde ning tagasi eesti keelest inglise keelde kahe tõlkija poolt (üks psühholoogia valdkonnast, teine mitte-psühholoogist kakskeelne inimene, kes valdab emakeelena nii eesti kui inglise keelt). Kogu protsessi vältel on kolmeliikmeline ekspertide töörühm (kliinilised psühholoogid, eksperdid psühhoteraapia valdkonnas, läbinud skeemiteraapia koolituse) hinnanud ja analüüsinud väidete tõlkeid töö erinevates etappides.

### **Valim**

Uuring viidi läbi mitte-kliinilisel valimil. Valim koosnes 201 katseisikust, kellest 153 olid naised (76.1 %) ja 47 mehed (23.4%), 1 inimene (.5%) klassifitseeris end muu alla. Valimi keskmine vanus oli 29.32 aastat (SD=11.17; mediaan=24; min=18; max=77). Osalejatest olid 51,2 % omandanud keskhariduse, 42.3 % kõrghariduse ja 6.5% põhihariduse. Osalejate suhtestaatus jagunes järgmiselt: 52.7 % abielus/kooselus, 43.3 % vallalised, 3% lahutatud ja 1 % lesed. Vastanutest raporteeris psüühikahäire diagnoosi või ravimist 20.9%, 74.6% vastas eitavalt ja 4.5% ei soovinud vastata. Psühholoogi poole pöördumist või psühhoteraapias osalemist raporteeris 37.8 %, eitavalt vastas 59.2 % ja 3% ei soovinud vastata.

Uuringusse kaasati täisealisi inimesi sotsiaalmeedia kanalite ja Tartu ülikooli meililistide kaudu. Andmete kogumine viidi läbi veebipõhiselt. Küsimustiku täitmist käsitleti informeeritud nõusolekuna. Küsimustiku päises tutvustati osalejatele nende uuringu osalemisega seotud õigusi (vastuste konfidentsiaalsus, igal hetkel osalemisest loobumisõigus ja tulemuste esitamine üldistatud kujul). Nelja nädala möödudes saadeti oma emaili jätnud

katseisikutele küsimustik kordustestimiseks.

### **Mõõtevahendid**

Uuringus osalejad täitsid testipaketi, mis koosnes skeemi moodide küsimustikust, emotsionaalse enesetunde küsimustikust, elu sündmuste küsimustikust ja demograafiliste andmete ankeedist.

Skeemi moodide 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 (düsfunksionaalsed lapse moodid, düsfunktsionaalsed toimetuleku moodid, düsfunktsionaalsed vanema moodid ja funktsionaalsed terved moodid), mis sisaldavad vastavalt viit (haavatav laps, vihane laps, raevunud laps, impulsiivne laps ja distsiplineerimatu laps), viit (kuulekas allandja, eemaldunud kaitsja, eemaldunud rahustaja, ennast ülistav kaitsja ja egressiivne kaitsja), kahte (nõudlik vanem ja karistav vanem) ja kahte (õnnelik laps ja erve täiskasvanu) moodi. Küsimustikule on lisatud 2 paralleelväidet.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2; Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, & Leinsalu, 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, agorafobia/paanika, sotsiaalne ärevus, väsimus ja insomniat.

Elusündmuste küsimustik (ingl.k. LEC – Life Events Checklist; Gray jt, 2004) on 17-väiteline enesekohane küsimustik, mis hindab inimese kokkupuudet potentsiaalselt psühhotraumeerivate sündmustega. Need sündmused on valitud sellised, mis DSM-5 järgi võivad põhjustada PTSH teket või distressi. Vastajal tuleb märkida, kas: (a) sündmus juhtus temaga isiklikult; (b) ta nägi sündmust pealt; (c) ta sai teada, et see sündmus juhtus tema lähedasega; (d) ta puutus kokku sündmusega seoses oma tööga; (e) ta pole kindel, kuhu see sündmus sobitub; (f) ta pole selle sündmusega kokku puutunud. LEC töötati algselt välja

PTSH sümptomite skaala CAPS (ingl.k. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM) hindamise abivahendiks.

Uuritavatele esitatati ankeedivormis järgmised küsimused: soo, vanuse, haridustaseme, suhteseisu kohta; kas uuritaval on talle teadaolevalt diagnoositud kunagi psüühikahäiret (sellele küsimusele vastamine on vabatahtlik) ja kas ta on kunagi otsinud psühholoogilist abi (samuti vabatahtlik).

### **Andmetöötlus**

Andmete analüüsimisel kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS Statistics v25. Tehti andmete kirjeldamise analüüsi, faktoranalüüsi, korrelatsioonianalüüsi, reliaablusanalüüsi, rühmade võrdlemisel t-testi. Kogu töö vältel võeti statistilise olulisuse nivooks .05.

## **Tulemused**

### *SMI faktorstruktuur*

KMO testi tulemus .794 andis kinnitust, et faktoranalüüsi saab läbi viia. Faktoranalüüs viidi läbi kategooriate kaupa peakomponentide meetodil (PCA) ning kasutati kaldnurkset (*Varimax*) pöörämist. Analüüsides tulemused näitasid, et loodetud 14 faktorit jaotuvad hästi nelja kategooriasse: viis mittekohast lapse moodi (haavatav laps, vihane laps, raevunud laps, impulsiivne laps, distsiplineerimatu laps), viis mittekohast toimetuleku moodi (kuulekas allaandja, eemaldunud kaitsja, eemaldunud rahustaja, ennast ülistav kaitsja ja agressiivne kaitsja), kaks mittekohast vanema moodi (karistav vanem ja nõudlik vanem) ja kaks adaptiivset moodi (õnnelik laps ja terve täiskasvanu). Antud tulemusi kinnitas ka omaväärtuste graafik (*Scree plot*), mida kasutatakse faktorite arvu kindlaks määramiseks.

### *Sisemine konsistentsus ja SMI alaskaalade vahelised korrelatsioonid*

SMI alaskaalade sisemised konsistentsuse määrad olid vastuvõetavad (ulatudes  $\alpha = .72$  kuni  $\alpha = .92$ ), nende keskmine  $\alpha = .84$ . Väidete laadungid olid enamasti adekvaatsed, ulatudes .43 kuni 1.33 (väidete laadungid olid üle .40). Agressiivse kaitsja väidete laadungid jäid natuke alla .40. Täpsed tulemused on näha järgnevast tabelist (Tabel 3).



**Tabel 3.** SMI alaskaalade sisemine reliaablus (N = 201)

SMI alaskaalad	Väidete arv	Keskmine väidete vaheline korrelatsioon	Cronbach'i $\alpha$	Keskmine väite laadung
Haavatav laps	10	.60	.92	.67
Vihane laps	10	.33	.84	.65
Raevunud laps	9	.46	.87	.66
Impulsiivne laps	8	.47	.86	.42
Distiplineerimatu laps	5	.32	.76	.60
Õnnelik laps	10	.48	.90	.60
Kuulekas allaandja	7	.33	.80	.63
Eemaldunud kaitsja	9	.54	.90	.75
Eemaldunud rahustaja	4	.51	.82	.74
Ennast ülistav kaitsja	10	.39	.84	.54
Agressiivne kaitsja	9	.27	.72	.48
Karistav vanem	10	.39	.87	.66
Nõudlik vanem	10	.34	.87	.62
Terve täiskasvanu	10	.34	.84	.57
Keskmine	8.6	.41	.84	.61

Kõik adaptiivsed moodid olid omavahel positiivses korrelatsioonis ning vastavalt ka kõik mittekohased moodid. Adaptiivsed moodid korreleerusid negatiivselt kõikide mittekohaste moodidega. Keskmine kõikide positiivsete väärtuste vaheline korrelatsioon oli .

41 ning kõikide negatiivsete väärtuste vaheline korrelatsioon oli  $-.32$ . Adaptiivsete moodide vaheline korrelatsioon oli  $.72$  ( $p = .01$ ). Mittekohaste lapse moodide vaheline korrelatsioon oli  $.48$  ( $p = .01$ ), mittekohaste toimetuleku moodide vaheline korrelatsioon oli  $.37$  ( $p = .01$ ). Mittekohaste vanemate moodide vaheline korrelatsioon oli  $.62$  ( $p = .01$ ). Täpsed faktorite vahelised korrelatsioonid on välja toodud tabelis (Tabel 4).

#### *Test-retest*

Kaheksakümmend kuus inimest koguvalimist ( $N=201$ ) osales ka kordustestimisel, mis toimus neli nädalat pärast esmakordset vastamist. Kordustestimisel osales 21 meest (24.4 %) ja 65 naist (75.6 %), kelle keskmine vanus oli 20.6 aastat ( $SD = 1.43$ ). Tabel 5 näitab kõikide moodide keskmisi ja standardhälbeid esmakordsel ja kordustestimisel koos paarikaupa t-testi tulemustega. Statistiliselt olulised erinevused tulid välja järgmistes moodides: impulsiivne laps, distsiplineerimatu laps, kuulekas allaandja ning eemaldunud rahustaja. Test-retest moodide reliaablus oli  $\alpha = .74$ .

**Tabel 4.** Faktorite vahelised korrelatsioonid ( $N = 201$ )

	VC	AC	EC	IC	UC	HC	CS	DPt	DSS	SA	BA	PP	DP
AC	.63*												
EC	.32*	.61*											
IC	.40*	.60*	.58*										
UC	.39*	.45*	.20*	.57*									
HC	-.70*	-.49*	-.28	-.22*	-.22*								
CS	.57*	.35*	.10	.38*	.37*	-.34*							
DPt	.72*	.50*	.31*	.33*	.41*	-.63*	.45*						
DSS	.53*	.58*	.32*	.43*	.31*	-.42*	.36*	.44*					
SA	.30*	.51*	.40*	.39*	.29*	-.20*	.18*	.45*	.28*				
BA	.20*	.54*	.50*	.45*	.33*	-.20*	.13	.47*	.29*	.63*			

PP	.75*	.55*	.36*	.36*	.36*	-.57*	.61*	.58*	.50*	.27*	.26*		
DP	.48*	.48*	.26*	.26*	.14*	-.32*	.49*	.37*	.47*	.46*	.28*	.62*	
HA	-.47*	-.34*	-.23*	-.31*	-.27*	.72*	-.31*	-.36*	-.24*	-.01	-.02	-.42*	-.06

*Märkus:* VC = Haavatav laps; AC = Vihane laps; EC = Raevunud laps; IC = Impulsiivne laps; UC = Distsiplineerimatu laps; HC = Õnnelik laps; CS = Kuulekas allaandja; Dpt = Eemaldunud kaitsja; DSS = Eemaldunud rahustaja; SA = Ennast ülistav kaitsja; BA = Agressiivne kaitsja; PP = Karistav vanem; DP = Nõudlik vanem; HA = Terve täiskasvanu. \* =statistiliselt oluline (p = .05)

#### *Moodide korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega*

EEK-2 depressiivsuse alaskaala oli statistiliselt oluliselt (p = .05) positiivselt seotud karistava vanema, nõudliku vanema, haavatava lapse ja eemaldunud kaitsja moodidega (ulatudes .15 kuni .29), keskmise väärtusega .22 ning negatiivselt õnneliku lapse moodiga (r = -.29). EEK-2 üldise ärevuse skaala oli statistiliselt oluliselt positiivselt seotud karistava vanema, nõudliku vanema, haavatava lapse, distsiplineerimatu lapse, eemaldunud kaitsja ja eemaldunud rahustaja moodidega (ulatudes .15 kuni .23), keskmise väärtusega .19 ja negatiivselt õnneliku lapse moodiga (r = -.18). EEK-2 paanika ja foobia skaala oli statistiliselt oluliselt positiivselt seotud haavatava lapse ja kuuleka allaandja moodidega, keskmise väärtusega .14 ning negatiivselt õnneliku lapse moodiga (r = -.16). EEK-2 sotsiaalärevuse skaala oli statistiliselt oluliselt positiivses korrelatsioonis karistava vanema, haavatava lapse, eemaldunud kaitsja ja eemaldunud rahustaja moodidega (ulatudes .18 kuni .27), keskmise väärtusega .23 ning negatiivses korrelatsioonis õnneliku lapse moodiga (r = -.20). EEK-2 väsimuse skaala oli statistiliselt oluliselt positiivses korrelatsioonis nõudliku vanema, haavatava lapse, distsiplineerimatu lapse ja eemaldunud kaitsja moodidega (ulatudes .15 kuni .17), keskmise väärtusega .16 ning negatiivses korrelatsioonis õnneliku lapse moodiga (r = -.20). EEK-2 insomnia alaskaala oli statistiliselt oluliselt positiivses seoses karistava vanema, nõudliku vanema, haavatava lapse, vihase lapse, eemaldunud kaitsja, ennast ülistava

kaitsja ja agressiivse kaitsja moodidega (ulatudes .15 kuni .25), keskmise väärtusega .20 ning negatiivses seoses õnneliku lapse moodiga ( $r = -.15$ ).

**Tabel 5.** Esmakordse ja kordustestimise keskmised ja standardhälbed koos paarikaupa t-testi tulemustega (N = 86).

SMI alaskaalad	Esmakordne Keskmine (SD)	Kordustest Keskmine (SD)	t (df = 85)	p
Haavatav laps	2.32 (.94)	2.11 (1.04)	1.46	.15
Vihane laps	2.36 (.86)	2.12 (.77)	1.93	.06
Raevunud laps	1.41 (.50)	1.40 (.57)	.07	.94
Impulsiivne laps	2.41 (.83)	2.16 (.69)	2.04	.05
Distsiplineerimatu laps	2.94 (.97)	2.44 (.86)	4.07	.00
Õnnelik laps	3.91 (.87)	4.12 (.99)	-1.42	.16
Kuulekas allaandja	2.81 (.87)	2.49 (.78)	2.66	.01
Eemaldunud kaitsja	2.29 (.96)	2.09 (1.13)	1.38	.17
Eemaldunud rahustaja	3.21 (1.23)	2.81 (1.16)	2.13	.04
Ennast ülistav kaitsja	2.66 (.81)	2.53 (.73)	1.05	.30
Agressiivne kaitsja	2.03 (.64)	1.88 (.59)	1.52	.13
Karistav vanem	1.97 (.75)	1,78 (.85)	1.57	.12
Nõudlik vanem	3.54 (.93)	3.32 (1.02)	1.51	.13
Terve täiskasvanu	4.46 (.75)	4.49 (.72)	-.28	.78

#### *Tulemused erinevates alagruppides*

Erinevate alagruppide võrdlemiseks tehti t-test. Psühholoogi poole või

psühhoteraapiasse pöördunud vastajate keskmised skoorid adaptiivsetes moodides (õnnelik laps ja terve täiskasvanu) olid statistiliselt oluliselt erinevad, vastavalt  $M = 3.81$ ;  $SD = .98$  ( $p = .03$ ) ja  $M = 4.27$ ;  $SD = .81$  ( $p = .05$ ), võrreldes nende vastajatega, kes ei ole pöördunud ( $M = 4.12$ ;  $SD = .94$  ja  $M = 4.49$ ;  $SD = .71$ ). Teistes moodides olulist erinevust mainitud alagrupis ei olnud. Diagnoositud või ravitud psüühikahäirega vastajate keskmised skoorid adaptiivsetes moodides (õnnelik laps ja terve täiskasvanu) ning haavatava lapse moodis olid statistiliselt oluliselt erinevad, vastavalt  $M = 3.6$ ;  $SD = 1.02$  ( $p = .00$ ),  $M = 4.17$ ;  $SD = .78$  ( $p = .03$ ) ja  $M = 2.54$ ;  $SD = .98$  ( $p = .02$ ), võrreldes nendega, kellel psüühikahäiret diagnoositud või ravitud ei ole, vastavalt keskmiste skooridega  $M = 4.1$ ;  $SD = .93$ ;  $M = 4.47$ ;  $SD = .74$ ;  $M = 2.13$ ;  $SD = 1$ .

Elusündmuste küsimustiku andmed kodeeriti antud uuringus nii, et moodustati kaks tunnust: „Olen kogunud traumaatilist sündmust“, mis sisaldas vastuseid „Seda on juhtunud minu endaga“ ja „Olen näinud pealt, kuidas see juhtus kellegi teisega“; ning „Pole kogunud traumaatilist sündmust“, mis sisaldas vastuseid „Pole kindel“ ja „Pole kokku puutunud“. Teised vastusevariandid jäeti hetkel kõrvale, sest nende tõlgendamine eeldanuks võimalust täpsustada vastaja seotust sündmusega. Võrdlus kahe moodustatud alagrupi vahel ei näidanud ühegi moodiga statistiliselt olulist erinevust.

### Arutelu ja järeldused

Uurimistöö eesmärgiks oli alustada skeemi moodide küsimustiku kohandamist eesti keelde ning kontrollida selle psühhomeetriseliste näitajate kooskõlasust varasemate uuringutega. Uurimises hinnati faktorstruktuuri, sisemist konsistentsust ja alaskaalade vahelist korrelatsiooni. Tulemused näitavad üldises plaanis kooskõla varasemate uuringu tulemustega (nt, Lobbestael, 2010; Reiss et al., 2016).

Tulemused näitavad, et faktoranalüüs fikseeritud faktorite arvuga annab loodetud 14-faktorilise mudeli. Antud töös kasutati peakomponentide meetodit *Varimax* pööramisega kategooriate kaupa. See valik langetati pärast seda, kui tõdeti, et kinnitav faktoranalüüs ei rakendu (eeldatavasti valimi väiksuse tõttu) ning uuriv faktoranalüüs omaväärtuste põhjal ei andnud tõlgendatavaid tulemusi. Tulevikus peaks läbi viima kinnitava faktoranalüüsi, mis on

võrreldav ka eelnevalt tehtud uuringutega (nt Lobbestael, 2010; Reiss et al. 2016; Reiss et al. 2012).

Tulemused alaskaalade sisemise reliaabluse kohta on võrreldavad varasemate uuringutega (nt, Panzeri et al., 2016; Lobbestael et al., 2010; Reiss et al., 2012) ning nende keskmine tulemus ( .84) on väga adekvaatne. Need tulemused toetavad eeldust, et moodid kattuvad mingil määral, kuid on siiski üksteisest eristatavad. Adaptiivsed moodid olid omavahel positiivselt seotud ning mittekohaste moodidega negatiivselt seotud ja vastupidi, mis kinnitab skeemiteraapia teoreetilise mudeli ennustusi. Ka kordustestimise alaskaalade reliaablus oli aktsepteeritav ( .74), mis viitab moodide stabiilsusele ajas. Kuigi tasub arvesse võtta, et kordustestimisel osales 43% koguvalimist ning seetõttu üldistusi kogu valimi moodide stabiilsuse osas teha ei saa. Lisaks sellele ei ole antud uuringusse kaasatud kliinilist valimit, kelle tulemused moodide stabiilsuse kohta on laiemaks üldistamiseks vajalikud.

Tulemused erinevates alagruppides olid ootuspärased. Erinevused adaptiivsete moodide skoorides vastanute vahel, kes on psühholoogi poole või psühhoteraapiasse pöördunud ning kellel on diagnoositud või ravitud psüühikahäiret ja kellel neid kogemusi ei ole, on loogilised. Tuleb aga meeles pidada, et vastamine psühholoogi poole või psühhoteraapiasse pöördumise ning diagnoositud või ravitud psüühikahäire küsimustele oli vabatahtlik ning enesekohane. Sellest tulenevalt ei pruugi antud töös saadud tulemused üldistatavad olla. Huvitav tulemus oli see, et elusündmuste küsimustikus ei avaldunud erinevusi moodide osas. Võiks eeldada, et erinevused adaptiivsete moodide skoorides siiski esinevad, kuid antud valimil seda ei leitud. Lisaks sellele on kasulik elusündmuste küsimustiku vastuste tõlgendamiseks läbi viia intervjuu, mida antud töös töömahu ja fookuse tõttu ei tehtud.

Tulemused EEK-2 alaskaaladega tehtud korrelatsioonianalüüsides on ka ootuspärased ning kooskõlas moodide sisuga. Eriti hästi demonstreerib seda tulemus õnneliku lapse moodiga, mis on negatiivses korrelatsioonis kõikide EEK-2 alaskaaladega.

Käesoleva töö piiranguks on valimi suurus ja koostis. Ilmselt valimi väiksuse tõttu ei olnud võimalik teostada kõiki vajalikke statistilisi analüüse võrreldaval kujul teiste samalaadsete töödega. Valim oli mitte-kliiniline ja seda käesolevas uuringus teadliku

valikuna, sest sooviti eelnevalt eestikeelset tõlget piloteerida enne kliinilise valimi kaasamist. Nimetatud otsus lähtus spetsiifilise valimi ebaotstarbeka koormamise vältimise põhimõttest. Piloteerimise käigus koguti ka vabas vormis tagasisidet testitajatel küsimustiku kohta. Saadud tagasiside põhjal saab välja tuua mõned aspektid, mida tulevikus arvesse võtta. Esiteks rõhutati testipaketi täitmisele kuluvat ajamahtu ja testipaketi pikkust. Arvestades aga, et esmakordne kohandamisprotsess ongi ajamahukas ning küsimustikud pikad, on see tagasiside igati loomupärane. Lisaks sellele tõid vastajad välja, et väitega oli lihtne samastuda või eristuda ning neid oma reaalsusse üle kanda. Samas aga toodi välja ka, et kohati oli topelteilusi raske mõista ning häirisid filosoofilised väited, nagu “Kui inimene ei ole mu poolt, on ta mu vastu”. Kõige tüüpilisem tagasiside väidetele oli see, et need on masendavad. Vastukaaluks eelnevalt väljatoodule, väljendati ka suurt huvi küsimustiku täitmise osas ja väikest ajalist kulu sellele. Üldiselt võib väita, et tagasisides väljendatud arvamusi oli sama palju kui tagasisidestajaid.

Käesolev töö on eesti keele ruumis esimene, mille keskmeks on skeemi moodide küsimustiku kohandamine. Sellest tulenevalt on tööl mitmeid piiranguid ning aspekte, mida tulevikus modifitseerida. Esiteks ei olnud selles töös kohane kasutada kinnitavat faktoranalüüsi, mis nõuab palju suuremat ning esinduslikumat valimit. Seega tuleb tulevikus kindlasti kaasata valmisse ka kliinilist populatsiooni. Ka Lobbestael (2012) tõi välja, et valimisse võiks kuuluda varieeruva patoloogia määraga inividid, et moodid ja nende skooride erinevused paremini välja vormuksid.

Kokkuvõttes võib väita, et antud töö on oluline panus skeemiteraapia hindamisvahendite eesti keelde kohandamiseprotsessi. Selle töö tulemused näitavad lootust eestikeelse skeemi moodide küsimustiku kasutamiskõlblikuks vormimiseks, mis on vajalik abivahend spetsialistide töös.

### **Töö eetiline külg**

Töö ei lähe vastuollu inimkatsete läbiviimise eetiliste põhimõtetega Tartu Ülikoolis.

Uurimistöös kasutatavates testides sisalduvad küsimused on sensitiivse loomuga, seetõttu pöörati erilisel tähelepanu sellele, et uuritavad saaksid informeeritud uuringus osalemise

tingimustest, andmete kogumise ja säilitamise asjaoludest; uurimistöö eesmärkidest ja väljunditest, võimalusest saada soovi korral tagasisidet ning võimalustest saada vajadusel infot skeemiteraapia kohta. Infolehes seletati uuritavatele, et küsimused minevikukogemuste kohta võivad ärgitada ebameeldivaid mälestusi ning kui see peaks juhtuma häirival moel, siis julgustati uuritavaid otsima psühholoogilist tuge ja abi.

Uuritavate autonoomsuse tagamiseks ei pöördunud uurijad isiklike pereliikmete ja sõprade poole, vaid läheneti uuritavatele suuremate meililistide vahendusel ning rõhutati seejuures uurimuses osalemise vabatahtlikkust.

Uuringust tõuseb kasu üldisel tasandil seeläbi, et aitab kaasa skeemiteraapia läbiviimisel oluliste hindamisvahendite eesti keelde kohandamisele ning uuritavate tasandil seeläbi, et neil on võimalus saada tagasisidet enese kohta. Uuringu riskid on maandatud informeerimisega abivõimaluste kohta ning tasakaalus uuringust saadavate kasudega. Hästi hinnatud psühholoogiline seisund – siinkohal skeemide ja moodide näol – on aluseks toimiva psühhoteraapia osutamisele. Seega, ka uuringus osalevatel inimestel on personaalse tagasiside raames saadud infoga vajadusel võimalik pöörduda psühhoteraapiasse ning tegeleda oma psühholoogilise vajadusega fokuseeritult. Eetilistel kaalutlustel ei rõhutata abivõimalustest informeerides skeemiteraapiat eraldi muudest abivõimalustest ning seetõttu antakse infot abi pakkuvatest asutustest.



### **Tänuõnad**

Soovin tänada oma juhendajat, Kaia Kastepõld-Tõrsi, suurepärase juhendamise ja mitmekülgse toe eest. Samuti kuuluvad mu tänuõnad kõikidele uuringus osalejatele ning Karin Tähele, kellega konsulteerisin testipaketi Kaemus keskkonda sisestamise ning andmeanalüüsi osas.

### 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.
- Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 41.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.
- Klokman, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). *The Schema Mode Questionnaire (State and Trait Version)*. Internal document. Maastricht University.
- Lobbestael, J. (2012). Validation of the Schema Mode Inventory. M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Toim.). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (lk 541-550). John Wiley & Sons.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Netherlands Journal of Psychology, 2007, number 3 Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(3), 69-78.
- 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.
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 317.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In Salkovskis, P. M. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182–207). New York: The Guilford Press.
- Panzeri, M., Carmelita, A., De Bernardis, E., Ronconi, L., & Dadomo, H. (2016). Factor structure of the Italian short Schema mode Inventory (SMI). *Int. J. Humanit. Soc. Sci.*, 6, 43-55.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., Young, J. (2011). *Schema Therapy*. Routledge.
- 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).
- Sheffield, A. & Waller, G. (2012). Clinical use of Schema Inventories. In: Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*, 26(4), 519-530.
- Young, J. E., Atkinson, T., Engels, A. A. & Weishaar, M. E. (2004). *The Young –Atkinson Mode Inventory*. New York : Cognitive Therapy Center
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- 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/>

*Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.  
Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.*

*Enely Lehtme*