

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Psühholoogia instituut

Signe Laipaik

MURETSEMISE HINDAMISSKAALADE VÄLJATÖÖTAMINE

Magistriprojekt kliinilises psühholoogias

Juhendaja: Katri-Evelin Kalaus, *MSc*

Kaasjuhendaja: Maie Kreegipuu, mag

Läbiv pealkiri: Muretsemise hindamisskaalad

Tartu 2010

KOKKUVÕTE

Muretsemise hindamisskaalade väljatöötamine

Üldistunud ärevushäire on kõige levinum ärevushäire. Seni on puudunud eestikeelne mõõtvahend selle hindamiseks. Antud magistriprojekti eesmärgiks oli luua skaalad muretsemise ning ärevuse sümptomite hindamiseks. Andmed koguti 170 inimeselt normgrupis ($M = 35.0$, $SD = 10.1$) ja 31 üldistunud ärevushäirega patsiendilt ($M = 33.7$, $SD = 9.6$). Muretsemise küsimustiku faktoranalüüsil ilmnenud kolme faktori põhjal loodi kolm alaskaalat: skriiningväited muretsemise sageduse ja kestuse kohta, positiivsed uskumused ja negatiivsed uskumused muretsemise kohta. Ärevusega seonduvate sümptomite hindamiseks loodi Sümptomite skaala, mis koosneb kahest alaskaalast: psüühilised sümptomid ja kehalised sümptomid. Skaalade reliaablus on hea. Nii Muretsemise skaala kui Sümptomite skaala valiidsust kinnitab korrelatsioon loodud skaalade ning Emotsionaalse enesetunde küsimustiku üldistunud ärevuse alaskaala vahel. Sobitatud valimiga läbiviidud dispersioonanalüüs näitas, et üldistunud ärevushäirega inimesed erinesid kontrollgrupist muretsemise sageduse ja kestuse (skriiningväidete) ning negatiivsete uskumuste keskmise skoori osas. Positiivsete uskumuste osas patsientide grupp ja normgrupp ei erinenud. Saadud tulemus on kooskõlas üldistunud ärevushäire metakognitiivse teooria eeldustega.

Märksõnad: üldistunud ärevushäire, muretsemine, metakognitiivne teooria, metauskumused

ABSTRACT

Developing Worry Questionnaires

Generalized anxiety disorder is the most frequent disorder among anxiety disorders. Up until now there is no instrument to evaluate generalized anxiety disorder in Estonian language. The goal of this master's project was to develop clinical assessment tools for worrying and anxiety-related symptoms. The questionnaires were administered to a population sample of 170 subjects ($M = 35.0$, $SD = 10.1$) and to 31 patients with generalized anxiety disorder ($M = 33.7$, $SD = 9.6$). According to the results of factor analysis, three subscales were formed for Worry Questionnaire: screening items about frequency and duration of worry, positive beliefs and negative beliefs about worrying. The Symptoms Scale with two subscales was composed to assess mental and somatic symptoms. Internal consistency of the scales was good. Correlation between created questionnaires and generalized anxiety subscale of Emotional State Questionnaire provided further support for the validity of the Worry Questionnaire and Symptoms Scale. Patients and control group differed in results of screening items and negative beliefs about worrying. No significant differences between patients and control group were found in the mean score of positive beliefs about worrying. The results were consistent with metacognitive theory of generalized anxiety disorder.

Keywords: generalized anxiety disorder, worry, metacognitive theory, metacognitions

SISSEJUHATUS

Üldistunud ärevushäire on kõige sagedasem ärevushäire, olles psüühika- ja käitumishäiretega ravile pöördumise põhjustest depressiooni järel teisel kohal. Sageli ei pöördu patsiendid ravile aga mitte ärevuse enda, vaid sellega seotud somaatiliste kaebuste või unehäirete tõttu (Wittchen & Hoyer, 2001). Ravimata jäänud üldistunud ärevushäire on kroonilise kuluga ja üldist toimetulekut takistav, kuid samas on see üks vähem uuritud ärevushäireid (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas & Borkovec, 2009). Vältimaks häire muutumist krooniliseks, on oluline sümptomid varakult ära tunda, et ravi saaks alustada haiguse võimalikult varajases staadiumis.

Seisundi hindamiseks ja ravi planeerimiseks on väga oluline hinnata nii üldistunud ärevuse sümptomaatikat kui säilimismehhanisme. Eesti keeles puudub siiani mõõtvahend üldistunud ärevuse ja muretsemist puudutavate metauskumuste hindamiseks. Käesolev magistriprojekt on osa suuremast uurimistööst, mille tulemusena planeeritakse luua mõõtvahend hindamaks nii üldistunud ärevushäire sümptome kui säilimismehhanisme.

Üldistunud ärevushäire

Üldistunud ärevushäire diagnostilised kriteeriumid. Üldistunud ärevushäire on ravita jäädes krooniline seisund, mis häirib inimese üldist toimetulekut. Vastavalt psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile RHK-10 (1995) peab üldistunud või generaliseerunud ärevushäirega patsiendil esinema üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega. Sagedasemateks kaebusteks on püsiv närvilisus, värisemine, lihaspinge, higistamine, peapööritus, südamekloppimine ja nõrkustunne. Ärevuse primaarsed sümptomid peavad avalduma enamusel päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama tavaliselt järgnevaid elemente: ootusärevus, lihaspinge ja vegetatiivne hüperaktiivsus (Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10, 1995).

Diagnostiline ja statistiline manuaal DSM-IV-TR (APA, 2000) defineerib üldistunud ärevushäire (*generalized anxiety disorder*) häirena, mida iseloomustab ülemäärane ärevus või kartlik ootus erinevate temadega seoses (nt kool, majanduslik toimetulek), mida kogetakse enamusel päevadest vähemalt 6 kuu jooksul. Muretsemist on raske kontrollida ning see on seotud vähemalt kolme sümptomiga kuuest (rahutus, kergesti väsitatavus, keskendumisraskused, ärritatavus, lihaspinge ja unehäired). Sümptomid on

seotud distressi ja/või funktsioneerimise kahjustumisega, ei ole tingitud ainete tarvitamisest või tervislikust seisundist ning ei ilmne ülekaalukalt meeleolu-, psühhootilise või pervasiivse häire ajal (APA, 2000).

Üldistunud ärevushäire esinemissagedus, vanuselised ja soolised näitajad. Kuna üldistunud ärevushäire diagnostilised kriteeriumid on DSM erinevates versioonides mõnevõrra erinevad, on andmed häire esinemissageduse kohta erinevates uurimustes lahknevad (Holaway, Rodebaugh, & Heimberg, 2006). Viimastel andmetel esineb üldistunud ärevushäiret elu jooksul 5% (diagnoosituna DSM kriteeriumite alusel) kuni 6,5% (diagnoosituna RHK-10 kriteeriumite alusel) elanikkonnast (Wittchen & Hoyer, 2001).

Üldistunud ärevushäire on enamasti krooniline. Umbes 40% juhtudest kestavad sümptomid enam kui 5 aastat (Blazer et al., 1991; viidatud Holaway et al., 2006). Häire krooniliseks muutumise üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et esmaste sümptomite avaldumisest diagnoosi ja ravini kulub tüüpiliselt 5-10 aastat (Ballenger et al., 2001).

Üldistunud ärevushäire on lainetava kuluga, kus paranemisperioodid vahelduvad häire ägenemisega. Iseenesliku tervenemise määr on 20%-25% (Ballenger et al., 2001).

Naistel esineb üldistunud ärevushäiret umbes kaks korda sagedamini kui meestel, samuti muretsevad naised enam kui mehed (Carter, Wittchen, Pfister, & Kessler, 2001).

Üldistunud ärevushäire erineb teistest ärevushäiretest hilisema alguse poolest. Häire esinemissagedus teismeeas on madal, diagnooside hulk suureneb oluliselt pärast 45-ndat eluaastat. Vanemad inimesed muretsevad sagedamini ning pikemate perioodidena, kuid teiste üldistunud ärevushäire sümptomite osas ealisi erinevusi ei ole (Carter et al., 2001).

Üldistunud ärevushäirega kaasnevad probleemid. Enamikul (umbes 66%) üldistunud ärevushäirega inimestest on lisaks veel vähemalt üks I-telje häire (Wittchen, Zhao, Kessler, & deBoer, 1994; viidatud Demerzis & Craske, 2006). Grant jt (2005; viidatud Holaway et al., 2006) väitel esineb 60,6%-l juhtudest üldistunud ärevushäirele lisaks II-telje häire.

Üksnes üldistunud ärevushäire diagnoos on vaid 25%-l patsientidest (Maier et al., 2000). Enamasti on kaasnevaid häireid mitte üks, vaid kaks või kolm. Üldistunud ärevushäirega inimestest 56%-l kaasneb teine ärevushäire, 59%-l depressioon (Carter et al.,

2001). On leitud, et üldistunud ärevushäire ja depressiooni sagedase koosinemise taga võib olla nende sarnane geneetiline eelsoodumus (Mineka, Watson, & Clark, 1998).

Umbes pooltel juhtudest eelneb üldistunud ärevushäire diagnoosile lihtfoobia, sotsiaalfoobia, paanikahäire või agorafobia. Enam kui pooltel juhtudest areneb üldistunud ärevushäire järel välja depressioon, düstüümia või alkoholisõltuvus (Carter et al., 2001).

Üldistunud ärevushäire kahjustab oluliselt inimese sotsiaalset ja tööalast toimetulekut (Maier et al., 2000) ning halvendab elukvaliteeti (Massion et al., 2002). Kaasnevad probleemid mõjutavad kindlasti ka ravi keerukust ja ravitulemust. Lisaks on oht, et üldistunud ärevushäire jääb kaasneva häire tõttu märkamata ja ravita.

Muretsemine ja juurdlemine

Üldistunud ärevushäire peamiseks sümptomiks on muretsemine. Muretsemine (*worry*) on mõtete ja kujutluste ahel, mis on seotud negatiivsete tunnetega ja suhteliselt kontrollimatu, seotud ähvardava ohuga tulevikus (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983; viidatud Papageorgiou, 2006). Muretsemine on pigem verbaalses kui kujutluste vormis ning muretsemise ahelat hoiavad alal „Mis siis, kui ...?“ tüüpi küsimused (Wells, 2006).

Muretsemine on korduv negatiivne mõtlemine tulevikuga seotud teemadel ning sisaldab sageli ennustamise või katastrofiseerimise mõtlemisviga. Sellega kaasneb kõrgendatud ärevuse ja ohu tajumine, kuna muretseja loob oma peas nimekirja võimalikest halvadest tagajärgedest, mis omakorda võivad vallandada uue muremõtete ahela (Wells, 1999). Muretsemise tulemusena tekib rohkem pealetükkivaid mõtteid (Wells & Papageorgiou, 1995), mistõttu halveneb keskendumisvõime ja kognitiivsete ülesannete sooritus. Üldistunud ärevushäire puhul tajutakse muretsemist kontrollimatuna, mis alandab motivatsiooni ja pärsib konstruktiivset käitumist.

Muretsemise kõrval eristatakse ka teist tüüpi korduvat negatiivset mõtlemist – juurdlemist (*rumination*). Juurdlevate mõtete sisu on nii verbaalne kui kujutluspildidena, seotud isikliku kaotuse või ebaõnnestumisega minevikus. Juurdlemise mõteteahelat iseloomustavad „Miks?“ tüüpi küsimused (Papageorgiou, 2006).

Oletatakse, et negatiivne afektiivsus kutsub esile teatud tüüpi vaimse aktiivsuse – muretsemise või juurdlemise – mis põhjustabki ärevust või depressiooni (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava, 2007). See selgitaks ka üldistunud ärevushäire ja depressiooni sagedast koosinemist: neil on ühine eeldus – negatiivne afektiivsus.

Muretsemisel ja juurdlemisel on sarnaseid jooni: korduvus, enesele keskendumine, negatiivsus ning nad võivad ka üksteist genereerida (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava, 2007). Kuigi on leitud mitmeid sarnasusi, on neil samuti olulisi erinevusi protsessis ja metakognitiivsetes dimensioonides (Papageorgiou & Wells, 1999). Muretsemist ja juurdlemist eristab mõtete sisu: muremõtted on seotud ähvardava ohuga tulevikus (Beck, 1967, 1976; Borkovec et al., 1983; viidatud Papageorgiou, 2006), samas kui juurdlemine on seotud isikliku kaotuse või ebaõnnestumisega minevikus (Papageorgiou, 2006). Muretsemist seostatakse eeskätt ärevusega, juurdlemist depressiooniga (McLaughlin, Borkovec, & Sibrava, 2007).

Samas on ka uurimusi, kus on leitud, et muretsemine, juurdlemine, ärevus ja depressioon on kõik omavahel positiivselt korreleeritud (Watkins, 2004). Samuti on empiirilisi tõendeid selle kohta, et juurdlemine mineviku negatiivsete sündmuste üle suurendab negatiivset mõtlemist ehk muretsemist tuleviku suhtes (Lavender & Watkins, 2004). Muretsemise ja juurdlemise täpsem eristamine vajab seega veel põhjalikumat uurimist.

Normaalne ja patoloogiline muretsemine

Uurimused näitavad, et normaalne muretsemine on üsna tavaline. Ainult 20% suurtest muretsejatest vastavad üldistunud ärevushäire diagnostilistele kriteeriumitele (Ruscio, 2002). Seega muretsemine ei tähenda veel automaatselt ärevushäire diagnoosi.

Empiirilisel on tõestatud, et muretsemine on dimensionaalse struktuuriga. Normaalne ja patoloogiline muretsemine on ühe skaala otspunktid, mitte eraldi konstruktid (Ruscio, Borkovec, & Ruscio, 2001).

Muretsemise sisu ja olemus on üldistunud ärevushäire korral väga sarnased normaalse muretsemisega (Ruscio & Borkovec, 2004). Muremõtetest 1/3 on nii üldistunud ärevushäirega kui tavavalimis seotud perekonna ja suhetega (Borkovec et al., 1991; Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; viidatud Holaway et al., 2006). Kõige püsivamaks erinevuseks üldistunud ärevushäirega ja tervete inimeste vahel on üldistunud ärevushäirega inimeste muretsemine mitmesugustel segatüüpi (*miscellaneous*) teemadel – nt mure auto katkimineku või kohtumisele hilinemise pärast. Tervetel inimestel oli taolisi mõtteid kõigist muremõtetest 0%-19,7%, samas kui üldistunud ärevushäirega inimestel oli sellistel teemadel 25,2%-31,3% kõigist muremõtetest (Borkovec et al., 1991; Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; viidatud Holaway et al., 2006).

Üldistunud ärevushäirega inimesed hindavad oma muretsemist intensiivsemaks ja vähem kontrollitavaks kui inimesed, kellel patoloogilist muretsemist ei esinenud (Holaway et al., 2006).

Normaalse ja patoloogilise muretsemise ning juurdlemise eristamisel lähtutakse enesereguleerimist täidesaatvast (edaspidi: S-REF) mudelist (*Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model*) (Wells, 2000). S-REF mudeli põhjal on vähemalt kolm tunnust, mille põhjal eristada patoloogilist muretsemist normaalsest:

- (1) millal muretsemist kasutatakse (nt vastuseks negatiivsele meeleolule);
- (2) milleks muretsemist kasutatakse (nt enimkasutatav probleemilahendus- ja toimetulekustrateegia);
- (3) kas muretsemist hinnatakse negatiivselt (nt hinnang, et puudub kontroll muretsemise üle).

Võrreldes suuri muretsejaid normgrupis üldistunud ärevushäirega inimestega on leitud, et üldistunud ärevushäirega inimesed muretsevad sagedamini (Ruscio, 2002) ning neil on negatiivsed uskumused muretsemise kohta (nt „muretsemine on ohtlik“) (Ruscio & Borkovec, 2004; Wells & Carter, 2001).

Kokkuvõttes iseloomustab patoloogilist muretsemist see, et seda kasutatakse peamise toimetulekumehhanismina (jättes seega kõrvale teised, adekvaatsemat probleemilahendust pakkuvad toimetulekuvõimalused). Sellises olukorras toimib muretsemine strateegiana, et suruda alla veelgi emotsionaalsemaid teemasid ning patoloogilised muretsejad tunnevad muret selle pärast, et nad muretsevad.

Muretsemine kui üldistunud ärevushäire alusmehhanism

Muretsemise kui üldistunud ärevushäiret põhjustava ja alalhoidva teguri rolli selgitavad mitmed erinevad teooriad (Behar, DiMarco, Heker, Mohlman, & Staples, 2009).

Muretsemise vältimise mudel (*avoidance model*) lähtub eeldusest, et muretsemine on verbaalne ja mõtlemisel põhinev tegevus, mis pidurdab mentaalseid kujutlusi ja nendega seotud somaatilisi ning emotsionaalseid protsesse. Üldistunud ärevushäirega patsiendid muretsevad seetõttu, et suruda maha negatiivseid tundeid (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004).

Vältimise mudelil on evolutsiooniline tagapõhi: ähvardav oht toob kaasa „võitle- või-põgene“ sümpaatilise aktiivsuse, et ohtu vältida. Kuna käitumuslik vältimine on harva võimalik, otsivad üldistunud ärevushäirega inimesed probleemi lahendamiseks kognitiivse

vältimise võimalusi. Probleemi lahendamine sel viisil on problemaatiline, kuna ähvardava ohu märgid eksisteerivad üksnes üldistunud ärevushäirega inimese peas. Samuti puudutavad need ohumärgid võimalikke halbu sündmusi tulevikus (ja seega käesoleval hetkel neid sündmusi ei eksisteeri) ning suuremat osa halbade sündmustest, mida kardetakse, reaalselt ei toimugi (Borkovec et al., 2004).

Muretsemise ahelat hoiab toimimas negatiivne kinnitus. Kohutavad asjad, mille pärast inimene muretseb, jäävad toimumata ning katastroofi ärajäämise põhjus omistatakse muretsemisele.

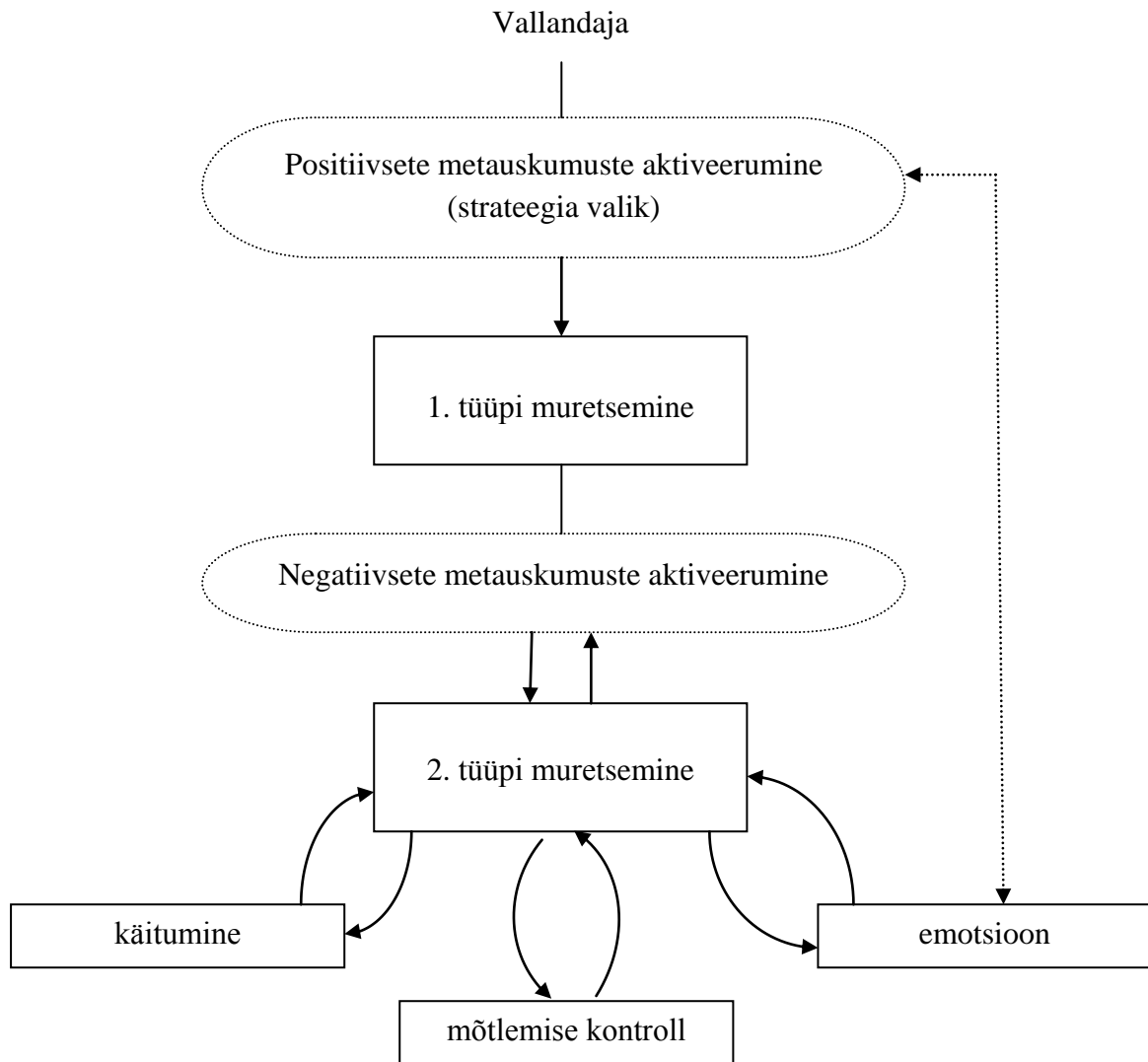
Üldistunud ärevushäire metakognitiivse mudeli (*metacognitive model*) aluseks on eeldus, et üldistunud ärevushäirega inimesed kasutavad muretsemist peamise vahendina tulevikus aset leida võivate probleemidega toimetulemiseks ettevalmistumisel (Wells, 2009). Mudeli põhiteemadeks on metakognitsioonid ehk mõtlemisega seotud uskumused ja mõtlemisele antud hinnangud ning mõtlemise jälgimise ja kontrollimise protsessid (Wells, 1999). Üldistunud ärevushäire metakognitiivne mudel on esitatud Joonisel 1.

Muretsemise võib vallandada näiteks pealetükkiv mõte („Mis siis, kui minuga juhtub õnnetus?“). Väliste sündmuste, suhete või tervise pärast muretsemine on normaalne. Seda laadi muretsemine on seotud positiivsete uskumustega muretsemise kohta, mida esineb teatud määral enamikel inimestest (nt uskumus, et muretsemine aitab toime tulla). Positiivsete metauskumustega seotud muretsemist nimetatakse metakognitiivses mudelis 1. tüüpi muretsemiseks.

Üldistunud ärevushäirega inimestel on lisaks positiivsetele uskumustele ka negatiivsed uskumused muretsemise kohta, täpsemalt uskumused muretsemise kontrollimatuse ja kahjulikkuse või ohtlikkuse kohta. Muretsemise ohtlikkus on seotud uskumustega, et muretsemine võib viia füüsilise, psühholoogilise või sotsiaalse katastroofini (nt põhjustada südameatakki, vaimseid häireid või teiste poolt tõrjutust) (Wells, 2009).

Negatiivsed metakognitiivsed uskumused muretsemise kohta toovad kaasa selle, et inimene peab ka muretsemist halvaks ja muretseb oma muretsemise pärast. Seda tüüpi muretsemist nimetatakse metakognitiivses mudelis 2. tüüpi muretsemiseks ehk metamuretsemiseks (Wells, 2009).

Metamuretsemine omakorda suurendab ärevust. Ärevuse sümptomeid tõlgendatakse tõendina muretsemise ohtlikkuse ja kahjustava mõju kohta, mis suurendab negatiivseid uskumusi ja hoiab alal üha intensiivsemaks muutuvat ärevuse spiraali.



Joonis 1. Üldistunud ärevushäire metakognitiivne mudel (Wells, 1999).

Üldistunud ärevushäirega inimesed kasutavad toimetulekstrateegiatena teatud käitumisviise, mõtlemise kontrolli strateegiaid ja emotsioone. Negatiivsetest uskumustest ajendatud käitumise puhul on sage oma mõtetele kinnituse otsimine (nt internetist) ning selliste olukordade vältimine, kus võiksid vallanduda negatiivseid uskumusi alalhoidvad pealetükkivad mõtted. Suunates oma jõuvarud muretsemise vallandajate vältimisele, puudub võimalus avastada, et muretsemine on kahjutu (Wells, 2006).

Mõtete kontrollimise puhul inimese püüdlused mõtteid alla suruda paradoksaalsel kombel hoopis suurendab pealetükkivate mõtete sagedust (Wells & Papageorgiou, 1995). See omakorda tugevdab üldistunud ärevushäirega inimese veendumust muretsemise kontrollimatusest. Lisaks hoiavad muretsemist alal emotsionaalsed sümptomid – ärevus,

pinge, paanikahood (Wells, 1999). Toimetulekustrateegiad, mida üldistunud ärevusega inimesed reeglina kasutavad, ei ole tõhusad, kuna nad ei suuda muuta negatiivseid uskumusi.

Vältimise mudeli ja metakognitiivse mudeli sarnasus seisneb selles, et mõlemad peavad üldistunud ärevushäire põhjuseks muretsemist ja tähelepanu suunamist võimalikule ohule. Muretsema motiveerib inimest soov ennetada või hoida ära võimalikku ohtu. Metakognitiivse teooria kohaselt on muretsemine ja tähelepanu suunamine ohule omakorda metakognitiivsete uskumuste aktiveerumise tulemus.

MEETOD

Käesoleva töö eesmärgiks on koostada eestikeelne Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala, mis oleksid koos kasutatavad mõõtvahendina üldistunud ärevushäirega patsientide positiivsete ja negatiivsete metakognitsioonide hindamiseks ning skriiningtestina üldistunud ärevushäirega patsientide diagnoosimiseks.

Skaalade loomisel olid järgmised hüpoteesid:

- (1) Loodaval Muretsemise skaalal on kolmefaktoriline ning Sümptomite skaalal kahefaktoriline struktuur.
- (2) Positiivseid uskumusi muretsemise kohta esineb nii kontrollgrupis kui üldistunud ärevushäirega inimestel.
- (3) Üldistunud ärevushäirega patsientidel on enam negatiivseid uskumusi muretsemise kohta kui kontrollgrupil.
- (4) Loodavad skaalad on korreleeritud Emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2; Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk & Leinsalu, 1999) üldistunud ärevuse alaskaalaga.

Katseisikud

Katseisikute grupp jaotus kaheks. Normgrupi moodustasid 170 inimest, neist 44 meest ja 111 naist (15 vastajat ei olnud ankeedile sugu märkinud). Normgruppi kuulusid organisatsioonipsühholoogia konverentsil osalenud inimesed ja teised vabatahtlikud testitaitjad. Vastajate vanus oli vahemikus 18-69 aastat ($M = 35.0$, $SD = 10.1$). Meessoost vastajad olid vanuses 18-57 a ($M = 31.9$, $SD = 10.0$) ja naissoost vastajad vanuses 18-58 a ($M = 35.5$, $SD = 9.4$). 11 vastanut ei olnud oma vanust märkinud. Normgruppi kaasati vaid

isikud, kelle üldistunud ärevuse tase Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga kontrollituna oli alla äralõikepunkti (Aluoja et al., 1999).

Üldistunud ärevushäirega patsientide grupis oli 31 inimesest, neist 10 meest ja 21 naist. Valimisse kaasati isikud, kes olid pöördunud ravile Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskusesse Sensus ning kellel oli diagnostilisel intervjuul diagnoositud üldistunud ärevushäire. Diagnostilised intervjuud viisid läbi kliinilised psühholoogid. Patsientide grupis oli vastajate vanus vahemikus 18-58 aastat ($M = 33.7$, $SD = 9.6$). Meessoost patsientide vanus oli vahemikus 18-39 aastat ($M = 31.9$, $SD = 6.8$) ja naissoost patsientidel 18-58 aastat ($M = 34.5$, $SD = 10.8$).

Kriteeriumivaliidsust hinnati sobitatud valimis, kus igale üldistunud ärevushäirega patsiendile valiti normgrupi liikmete hulgast samast soost ja täpselt samas vanuses paariline. Kui normgrupis oli mitu sobivat paarilist, valiti nende hulgast isik sobitatud valimisse juhusliku valikuga.

Väidetekogumi koostamine

Muretsemise skaala väidetekogumik. Eestikeelse Muretsemise skaala (MS) väidetekogumi koostamisel olid eeskujuks üldistunud ärevuse ja muretsemise metauskumuste hindamiseks enim kasutatavad *The Penn State Worry Questionnaire* (Molina & Borkovec, 1994; viidatud Startup & Erickson, 2006) ja *Metacognitions Questionnaire 30* (Wells, 2009) skaalad. Lisaks mainitud skaalade otsetõkelistele väidetele lisati ka lisaväiteid nii muretsemise kasu kui kontrollimise ja ohu kohta, samuti väiteid hindamaks üldistunud ärevushäire sümptomaatika esinemist. Lisaväited koostas ekspertgrupp, kuhu kuulus kolm atesteeritud kliinilist psühholoogi.

Väidetekogum sisaldas skriiningväiteid muretsemise sageduse ja kestuse kohta (nt „*Muretsen alati millegi pärast*“), väiteid muretsemisega seonduvate positiivsete uskumuste kohta (nt „*Muretsemine aitab olulisi asju meeles pidada*“) ja negatiivsete uskumuste kohta (nt „*Muretsemine paneb mind mõtlema, et mul on peas midagi viga*“). Väidetekogumis oli algselt 40 väidet (neist 4 pööratud väidet), millele vastati 4-pallisel Likerti skaalal (0 – ei nõustu üldse kuni 3 – täiesti nõus).

Sümptomite skaala väidetekogumik. Eraldi väidetekogumina lisati ärevuse korral enim kogetud sümptomite loetelu, mis moodustasid Sümptomite skaala (SS). Vastajad

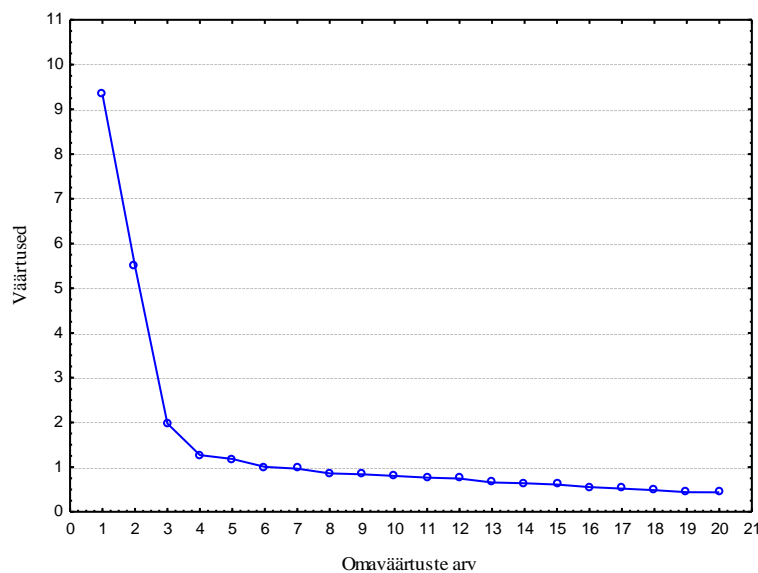
hindasid 11-pallisel skaalal (0 – mitte üldse kuni 10 – väga sageli), kuivõrd on nad viimase 6 kuu jooksul kogenud loetelus esitatud sümptomeid. Sümptomite loetelu tulenes DSM-IV üldistunud ärevushäire diagnostilistest kriteeriumitest ja patsientide poolt sagedamini esitatud kaebustest.

TULEMUSED

Andmete analüüsiks kasutati programmi Statistica 9.1.

Skaalade faktorstruktuur

Muretsemise skaala faktorstruktuur. Muretsemise skaala faktorstruktuuri analüüsimiseks kasutati peakomponentide meetodit *Varimax normalized* pööramisega. Muretsemise skaala puhul oleks Kaiseri kriteeriumi alusel (omaväärtus > 1) tegu 7-faktorilise struktuuriga. Cattelli kriteeriumi alusel (omaväärtus > 1.7) on tegu kolmefaktorilise struktuuriga. Scree testi (esitatud Joonisel 2) ja faktorite interpreteeritavuse alusel valiti edasiseks analüüsiks kolmefaktoriline struktuur, mis oli ka skaalasse väidete valimise aluseks. Saadud kolm faktorit on interpreteeritavad kui skriiningväited muretsemise sageduse ja kestuse kohta (faktor 1 omaväärtusega 9.3), positiivsed uskumused muretsemise kohta (faktor 2 omaväärtusega 5.5) ja negatiivsed uskumused muretsemise kohta (faktor 3 omaväärtusega 2.0). Kolm faktorit seletasid ära 50,9% koguvariatiivsusest.



Joonis 2. Muretsemise skaala faktorite omaväärtuste graafik

Edasisest analüüsist jäeti välja väited, millel ei olnud faktorlaadungit ($> .40$) üheski faktoris (väited „*Kellegi pärast muretsemine näitab, et see inimene on mulle oluline*“, „*Võimatu on mitte muretseda oma tehtud vigade kõikvõimalike tagajärgede pärast*“ ja „*Muretsemine ei kujuta tervisele mingisugust ohtu*“) ning väide „*Ainult nõrgad inimesed muretsevad*“, millel oli madal kommunaliteet koguskaalaga ($R^2 = .39$).

Skriiningväidete alaskaalasse laadusid ka kolm skaala koostamisel negatiivsete uskumuste alaskaalasse planeeritud väidet: „*Kui ma juba muretsema hakkan, siis on seda võimatu lõpetada*“, „*Mul on raske uinuda, kuna hakkan tuleviku pärast muretsema*“ ja „*Ma ei suuda oma muretsemist kontrollida*“. Kuna väidetel „*Kui ma juba muretsema hakkan, siis on seda võimatu lõpetada*“ ja „*Ma ei suuda oma muretsemist kontrollida*“ oli kõrge faktorlaadung ka faktoris 3, arvati need väited edasises analüüsis negatiivsete uskumuste alaskaalasse.

Igas alaskaalas oli üks väide, mille seos ülejäänud alaskaalaga oli nõrk. Seega jäeti skriiningväidetest välja väide „*Suudan igal ajal, kui soovin, oma muretsemise lõpetada*“, positiivsetest uskumustest väide „*Võimatu on tuleviku pärast mitte muretseda*“ ning negatiivsetest uskumustest väide „*Muretsemine on ebanormaalne*“.

Muretsemise küsimustik. Võttes arvesse faktoranalüüsi tulemusi ning jättes välja alaskaalaga madalalt korreleeritud väited, formuleeriti Muretsemise skaala kolm alaskaalat: skriiningväited (13 väidet), positiivsed uskumused (13 väidet) ja negatiivsed uskumused (7 väidet). Muretsemise skaala väidete jagunemine alaskaaladesse, nende faktorlaadungid ja korrelatsioon alaskaalaga on esitatud Tabelis 1.

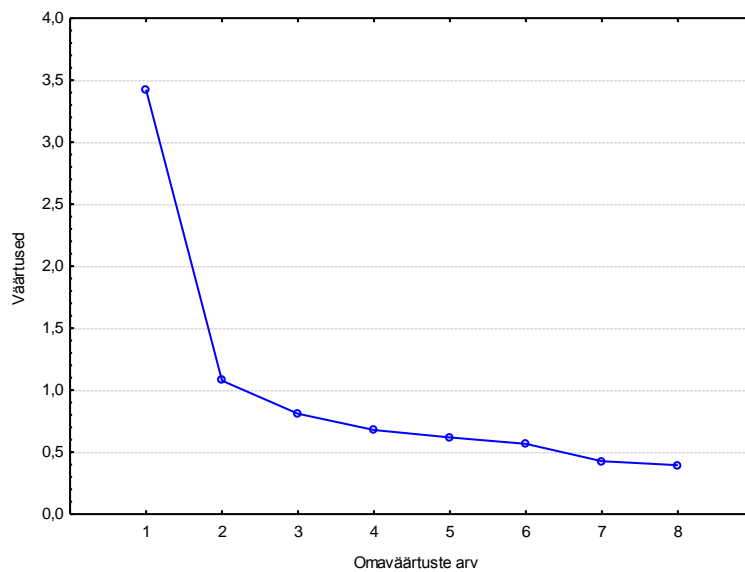
Tabel 1. Muretsemise skaala alaskaalade väidete faktorlaadungid ja korrelatsioon alaskaalaga

Alaskaala / Väide		Faktor			Korrelatsioon alaskaalaga
		1	2	3	
Skriiningväited					
1	Ma muretsen paljude asjade pärast	.80	.18	.01	.75
2	Kui ma juba muretsema hakkam, siis muretsen pikka aega järjest	.69	.15	.15	.66
3	Muretsemine häirib mind sageli	.77	.13	.18	.76
4	Olen oma muretsemise pärast sageli ärev ja pinges	.73	.14	.10	.69
5	Mul on oma muretsemise pärast sageli raske uinuda	.61	.15	.14	.61
6	Muretsemine häirib mu elu palju	.81	.01	.24	.81
7	Muretsen alati millegi pärast	.69	.18	.08	.66
8	Ma olen eluaeg suur muretseja olnud	.76	.17	.14	.75
9	Ka teised ütlevad mulle, et olen suur muretseja	.74	.13	.11	.72
10	Pingelised olukorrad panevad mind muretsema	.68	-.05	.15	.62
11	Üldiselt ei muretse ma asjade pärast eriti	.69	.01	.00	.61
12	Ma muretsen liiga palju	.86	-.02	.16	.82
13	Mul on raske uinuda, kuna hakkam tuleviku pärast muretsema	.45	.08	.38	.49
Positiivsed uskumused					
1	Ma arvan, et muretsemisest on kasu	.13	.66	-.18	.60
2	Muretsemine aitab mul probleemidele lahendusi leida	.02	.77	-.08	.70
3	Muretsemine aitab mul olukorda kontrolli all hoida	.06	.78	-.01	.71
4	Tuleviku pärast muretsemine paneb mind tegutsema, motiveerib mind	.14	.59	-.12	.54
5	Muretsemine aitab mul probleeme ennetada	.07	.72	-.05	.64
6	Kui muretsen, olen vähemalt midagi teinud	.08	.60	.12	.53
7	Muretsemine on kasutu tegevus	.02	.55	-.25	.47
8	Muretsedes olen raskusteks paremini ette valmistatud	.13	.76	.08	.70
9	Muretsemine aitab olulisi asju meeles pidada	.06	.75	.01	.68
10	Kui ma üldse ei muretse olulise sündmuse pärast, tähendab, et mul on ükskõik, kuidas see läheb	.08	.54	.16	.48
11	Muretsemine aitab mul vältida seda, kui midagi halba peaks tulevikus juhtuma	.12	.70	-.08	.63
12	Kui muretsen oma asjade pärast, siis halvad asjad juhtuvad vähem tõenäoliselt	.06	.67	.18	.60

13	Muretsemine aitab mul vältida veelgi olulisemate asjade pärast muretsemist, millele ma isegi mõelda ei taha	.02	.51	.36	.42
Negatiivsed uskumused					
1	Kui ma juba muretsema hakkam, siis on seda võimatu lõpetada	.53	.11	.45	.55
2	Kui ma muretsen, siis ei suuda ma millelegi muule keskenduda	.29	-.13	.60	.52
3	Usun, et võin muretsedes hulluks minna (mõistuse kaotada)	.10	-.01	.76	.56
4	Kui inimesed teaksid, kui palju ma muretsen, muutuks nende arvamus minust negatiivsemaks	.23	.17	.49	.40
5	Muretsemine võib mind füüsiliselt haigeks teha	.15	-.19	.58	.44
6	Ma ei suuda oma muretsemist kontrollida	.62	-.09	.40	.54
7	Muretsemine paneb mind mõtlema, et mul on peas midagi viga	.19	.03	.62	.47

Märkus. Paksus trükkis faktorlaadungid .40 või rohkem

Sümptomite skaala faktorstruktuur. Sümptomite skaala faktorstruktuuri analüüsimiseks kasutati peakomponentide meetodit *Varimax normalized* pööramisega. Kaiser-i kriteeriumi alusel oli tegu kahefaktorilise struktuuriga. Sümptomite skaala kahefaktorilist struktuuri illustreerib ka Scree test (Joonisel 3).



Joonis 3. Sümptomite skaala faktorite omaväärtuste graafik

Kaks faktorit seletasid ära 56,3% koguhajuvusest. Faktorid on interpreteeritavad kui ärevuse psüühilised sümptomid (faktor 1 omaväärtusega 3.4) ja kehalised sümptomid (faktor 2 omaväärtusega 1.1). Kahe faktori alusel moodustati kaks alaskaalat: 4 väidet psüühiliste sümptomite alaskaalas ning 4 väidet kehaliste sümptomite alaskaalas.

Sümptomite skaala. Sümptomite skaalas on kaks alaskaalat: psüühilised sümptomid (4 väidet) ja kehalised sümptomid (4 väidet). Sümptomite skaala väidete jagunemine alaskaaladesse, faktorilaadungid ja korrelatsioon alaskaalaga on esitatud Tabelis 2.

Tabel 2. Sümptomite skaala alaskaalade väidete faktorilaadungid ja korrelatsioon alaskaalaga

Alaskaala / Väide	Faktor		Korrelatsioon alaskaalaga
	1	2	
Psüühilised sümptomid			
1 rahutus	.32	.65	.51
2 keskendumisraskused	.23	.69	.51
3 mure võimaliku ebaedu pärast tulevikus	.10	.73	.47
4 halb eelaimdus	.13	.68	.43
Kehalised sümptomid			
1 võimetus lõõgastuda	.76	.31	.65
2 ebameeldiv lihaspinge	.82	-.02	.50
3 uneprobleemid (raskused uinumisega, rahutu uni, liigvarane ärkamine)	.70	.27	.57
4 pingepeavalud	.60	.38	.52

Märkus. Paksus trükkis faktorilaadungid .60 või rohkem

Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala reliaablus

Muretsemise skaala 33 väitest koosnevat skaalat ning alaskaalade reliaablusi hinnati Cronbachi alfaga. Muretsemise skaala reliaablus oli .91 ning keskmine väidetevaheline korrelatsioon .25. Kõrgeim oli reliaablus skriiningväidete alaskaalas ($\alpha = .93$, $r = .52$). Sellele järgnes positiivsete uskumuste alaskaala ($\alpha = .89$, $r = .40$). Madalam oli reliaablus negatiivsete uskumuste alaskaalas ($\alpha = .76$, $r = .34$).

Sümptomite skaala reliaablus oli .81 ja keskmine väidetevaheline korrelatsioon .35. Psüühiliste sümptomite alaskaala reliaablus ($\alpha = .70$, $r = .37$) oli pisut madalam kui kehaliste sümptomite alaskaala reliaablus ($\alpha = .76$ ja $r = .44$).

Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid

Muretsemise skaala alaskaalade omavahelised korrelatsioonid (Pearsoni r) olid vahemikus .03 (negatiivsete ja positiivsete uskumuste vahel) kuni .58 (skriiningväidete ja negatiivsete uskumuste vahel). Alaskaalade vahelised korrelatsioonid on esitatud Tabelis 3.

Tabel 3. Muretsemise skaala alaskaalade omavahelised korrelatsioonid

Alaskaalad	Skriining	Pos uskum	Neg uskum	Kogu skaala
Skriining		.26*	.58*	.86*
Pos uskum			.03	.68*
Neg uskum				.60*
Kogu skaala				

Märkus. MS alaskaalad: Skriining – skriiningväited; Pos uskum – positiivsed uskumused; Neg uskum – negatiivsed uskumused

* $p < .001$

Tugevamad korrelatsioonid olid skriiningväidete ja negatiivsete uskumuste vahel. Positiivsed uskumused olid nõrgalt korreleeritud skriiningväidetega, kuid negatiivsete uskumustega korrelatsioon puudus.

Hinnati ka muretsemise skaala alaskaalade korrelatsioone Sümptomite skaala alaskaaladega. Saadud tulemused on esitatud Tabelis 4.

Tabel 4. Muretsemise skaala alaskaalade korrelatsioonid Sümptomite skaala alaskaaladega

	Psüüh sümpt	Kehal sümpt	SS koos
Skriining	.44*	.50*	.54*
Pos uskum	.18	.14	.18
Neg uskum	.38*	.44*	.47*
MS koos	.45*	.47*	.52*

Märkus. MS alaskaalad: Skriining – skriiningväited; Pos uskum – positiivsed uskumused; Neg uskum – negatiivsed uskumused; MS koos – Muretsemise skaala tervikuna

SS alaskaalad: Psüüh sümpt – psüühilised sümptomid; Kehal sümpt – kehalised sümptomid; SS koos – Sümptomite skaala tervikuna

* $p < .001$

Tugevaim on seos skriiningväidete ja kehaliste sümptomite vahel. Ainsana puudusid statistiliselt olulised korrelatsioonid positiivsete uskumuste ja Sümptomite skaala alaskaalade vahel.

Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala seosed Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga

Analüüsis hinnati korrelatsioone Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala ning seni ainsa eestikeelse üldistunud ärevust hindavat alaskaalat sisaldava EEK-2 vahel. Pearsoni korrelatsioonid Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala ning EEK-2 vahel on esitatud Tabelis 5.

Tabel 5. Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala alaskaalade korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega

Alaskaalad	DEP	ÜÄR	PAF	SF	AST	INS
Skriining	.43**	.60**	.17	.32**	.41**	.44**
Pos uskum	.12	.18	.16	.09	.02	.17
Neg uskum	.44**	.44**	.22*	.32**	.39**	.33**
MS koos	.42**	.55**	.24*	.32**	.35**	.42**
Psüüh sümpt	.59**	.61**	.29**	.32**	.56**	.42**
Kehal sümpt	.46**	.57**	.17	.30**	.62**	.65**
SS koos	.59**	.67**	.25*	.35**	.67**	.62**

Märkus. MS alaskaalad: Skriining – skriiningväited; Pos uskum – positiivsed uskumused; Neg uskum – negatiivsed uskumused; MS koos – Muretsemise skaala tervikuna

SS alaskaalad: Psüüh sümpt – psüühilised sümptomid; Kehal sümpt – kehalised sümptomid; SS koos – Sümptomite skaala tervikuna

EEK alaskaalad: DEP – depressioon, ÜÄR – üldistunud ärevus, PAF – paanika, SF – sotsiaalfobia, AST – astenia, INS – insomnia

* $p < .01$; ** $p < .001$

Kõige tugevam oli korrelatsioon skriiningväidete ja EEK-2 üldistunud ärevuse alaskaala vahel. Negatiivsetel uskumustel oli tugev korrelatsioon nii üldistunud ärevuse kui depressiooni alaskaalaga. Positiivsete uskumuste korrelatsioon EEK-2 alaskaaladega oli statistiliselt ebaoluline.

Sümptomite skaalas oli psüühiliste sümptomite esinemine tugevamalt seotud üldistunud ärevusega. Kehaliste sümptomite alaskaala oli samuti korreleeritud üldistunud ärevusega, kuid tugevam oli seos astenia ja insomnia alaskaaladega.

Erinevused patsientide ja kontrollgrupil Muretsemise skaala ja Sümptomite skaala tulemustes

Kriteeriumvaliidsuse hindamiseks kasutati alaskaalade keskmiste skooride dispersioonanalüüsi. Kriteeriumvaliidsust hinnati sobitatud valimis, kus igale üldistunud

ärevushäirega patsiendile valiti normgrupi liikmete hulgast samast soost ja täpselt samas vanuses paariline. Kui normgrupis oli mitu sobivat vastet, valiti nende hulgast isik sobitatud valimisse juhusliku valikuga. Mõlemas grupis oli 31 inimest. Alaskaalade keskmised ja standardhälbed on esitatud Tabelis 6.

Tabel 6. Muretsemise skaala ja sümptomite skaala alaskaalade keskmised ja standardhälbed

Alaskaala	Normgrupp (N = 31)		GAD grupp (N = 31)		F	DF	p
	M	SD	M	SD			
Skriining	14.2	7.7	27.6	7.2	49.57	1, 60	p < .0005
Pos uskum	13.6	7.9	15.1	7.5	.58	1, 60	p = .451
Neg uskum	3.3	2.7	10.0	5.0	44.23	1, 60	p < .0005
MS koos	31.1	13.9	52.7	25.0	33.26	1, 60	p < .0005
Psüüh sümpt	18.0	7.2	26.5	6.0	25.43	1, 60	p < .0005
Kehal sümpt	12.5	9.2	23.0	9.0	20.46	1, 60	p < .0005
SS koos	30.5	13.7	49.5	12.7	32.09	1, 60	p < .0005

Märkus. MS alaskaalad: Skriining – skriiningväited; Pos uskum – positiivsed uskumused; Neg uskum – negatiivsed uskumused; MS koos – Muretsemise skaala tervikuna

SS alaskaalad: Psüüh sümpt – psüühilised sümptomid; Kehal sümpt – kehalised sümptomid; SS koos – Sümptomite skaala tervikuna

M – keskmine skoor; SD – standardhälve; F – F-statistik; DF – vabadusastmed; p – olulisuse nivoo

Suurimad erinevused üldistunud ärevushäirega inimeste grupi ja kontrollgrupi vahel ilmneseid skriiningväidete puhul ($F(1,60) = 49.57$, $p < .0005$) ning negatiivsete uskumuste puhul ($F(1,60) = 44.23$, $p < .0005$). Gruppidevahelised erinevused olid statistiliselt olulised ka nii psüühiliste sümptomite ($F(1,60) = 25.43$) kui kehaliste sümptomite esinemise puhul ($F(1,60) = 20.46$). Ainsa alaskaalana ei leitud gruppide vahel statistiliselt olulisi erinevusi positiivsete uskumuste alaskaala skoori keskmiste võrdlemisel ($F(1,60) = .58$, $p = .451$).

ARUTELU

Üldistunud ärevushäire peamiseks tunnuseks on krooniline ja kontrollimatuna tunduv muretsemine. Metakognitiivse teooria kohaselt hoiavad muretsemist alles positiivsed ja negatiivsed metauskumused muretsemise kohta koos ebasobivate toimetulekustrateegiatega. Magistriprojekti raames loodi skaalad, millega hinnata üldistunud ärevushäire sümptomaatikat ja säilimismehhanisme. Skaalasad on kaks: muretsemisega seotud uskumusi hindav Muretsemise skaala ning üldistunud ärevushäire sümptomite esinemissagedust hindav Sümptomite skaala.

Andmete analüüsil leidis kinnitust Muretsemise skaala kolmefaktoriline struktuur. Tekkisid kolm selget alaskaalat: skriiningväited muretsemise sageduse ja kestuse kohta, positiivsed uskumused muretsemise kohta ja negatiivsed uskumused muretsemise kohta. Skriiningväited annavad infot selle kohta, kui võrd tugev on vastaja hinnangul tema kalduvus muretseda. Positiivsed uskumused muretsemise kohta peegeldavad vastaja arvamust, et muretsemine on toimetulekut toetav. Negatiivsed uskumused muretsemise kohta väljendavad vastaja arvamust muretsemisest kui kontrollimatust ja ohtlikust ning kahjulike tagajärgedega tegevusest. Muretsemise skaalal on kõrge sisemine valiidsus, mis tunnistab, et tegu on hea reliaablusega skaalaga, hindamaks uskumusi, mis inimestel muretsemisega seoses on.

Loetelu ärevuse psüühilistest ja kehalistest sümptomitest moodustas kahefaktorilise Sümptomite skaala. Sümptomite skaala alaskaalad olid positiivselt seotud Muretsemise skaalaga, mis kinnitab metauskumuste ning psüühiliste ja kehaliste sümptomite esinemise omavahelist seost. Positiivsete uskumuste nõrk seos psüühiliste sümptomite alaskaalaga ning statistiliselt olulise seose puudumine kehaliste sümptomite alaskaalaga viitab sellele, et uskumused muretsemisest tuleneva kasu kohta ei seostu oluliste psüühiliste või kehaliste kaebustega.

Muretsemise skaala valiidsust hinnati korrelatsiooniga seni ainsa eestikeelse testiga, milles sisaldub üldistunud ärevuse alaskaala. Kooskõlas ootustega korreleerusid kõik Muretsemise skaala alaskaalad statistiliselt oluliselt EEK-2 üldistunud ärevuse alaskaalaga. Tugevaim oli EEK-2 üldistunud ärevuse alaskaala korrelatsioon skriiningväidetega, madalaim positiivsete uskumustega. Positiivsete uskumuste madal seos üldistunud ärevusega on kooskõlas varasemate uurimuste tulemustega (nt Davis & Valentin, 2000) ning metakognitiivse teooria seisukohtadega.

Ootuspärane oli ka Muretsemise skaala korrelatsioon depressiooni alaskaalaga. Raskusi muretsemise ja juurdlemise täpsel eristamisel puudutati ka töö esimeses osas. Varasemates uurimustest on püstitatud hüpoteese, et üldistunud ärevusel ja depressioonil võib olla sarnane metakognitiivne taust (Papageorgiou & Wells, 2001). Kirjanduses leidub viiteid ka sellele, et juhul kui depressioonis inimesed kirjeldavad oma enesetunnet, on selles kirjelduses nii depressiooni kui ärevuse sümptomeid; depressiooni traditsioonilisel diagnoosimisel jäävad ärevuse sümptomid enamasti märkamata (Mineka et al., 1998). Seega muretsemine ei pruugi olla iseloomulik üksnes üldistunud ärevusele, vaid ka depressioonile. Kuid on ka võimalik, et loodud skaala muretsemise kohta käivate negatiivsete metauskumuste hulgas oli väiteid, mis hindasid pigem juurdlemist, mis seondub depressiooniga. Muretsemise skaala seos EEK-2 depressiooni alaskaalaga vajaks veel täiendavat analüüsi.

Sümptomite skaala korrelatsioonid üldistunud ärevuse kõrval ka depressiooni (psüühilised sümptomid) ning astenia ja insomnia alaskaaladega (kehalised sümptomid) on seletatavad sellega, et loetletud sümptomid ei ole omased mitte üksnes ärevusele. Iseäranis kehaliste sümptomite alaskaalas oli sümptomeid, mis on iseloomulikud just asteniale ning unehäiretele.

Gruppidevahelisi erinevusi hinnati sobitatud valimis, et võrreldavad valimid oleksid demograafiliste tunnuste osas võimalikult sarnased. Saadud tulemused näitavad, et üldistunud ärevusega inimesed ja normgrupp erinevad üksteisest hinnangu poolest oma muretsemise sagedusele ja kestusele ning muretsemist puudutavate negatiivsete uskumuste osas. Üldistunud ärevushäirega inimesed muretsevad sagedamini ning nad kogevad muretsemist häirivamana kui kontrollgrupp. Sarnase järelduseni on jõutud ka varasemates uurimustes (nt Ruscio et al., 2001).

Positiivsete uskumuste osas gruppide keskmised ei erinenud. Seega leidsid kinnitust hüpoteesid, et üldistunud ärevushäirega inimestele on iseloomulikud negatiivsed uskumused muretsemise kohta, ent positiivseid uskumusi esineb ka normgrupis. Antud tulemused on kooskõlas ka Wellsi metakognitiivse teooria eeldustega.

Antud uurimuses puudus statistiliselt oluline seos muretsemisega seotud positiivsete uskumuste ning sümptomite esinemise vahel. Üldistunud ärevushäire ravis ei tohiks aga positiivsete uskumuste olemasolu samuti tähelepanuta jätta, kuna need võivad võivad siiski üldistunud ärevushäire ravi mõjutada. Uskumused mõjutavad seda, kui võrd inimene otsib probleemide korral abi. Covin, Dozois ja Westra (2008) väidavad, et

iseäranis positiivsed uskumused muretsemise kohta võivad pidurdada motivatsiooni muutusteks.

Käesoleva magistriprojekti näol on tegu pilootuuringuga. Selleks, et loodud skaalaid kliinilises praktikas kasutada, tuleks nendega veel edasi töötada. Kuna antud töös oli patsientide valim suhteliselt väike, ei olnud võimalik teha faktoranalüüsi kliinilise grupiga, et võrrelda normgrupi ja kliinilise grupi skaalade faktorlaadungeid.

Skriiningväidete ja muretsemisega seotud negatiivsete uskumuste paremaks eristamiseks võiks üle vaadata väited „*Kui ma juba muretsema hakkam, siis on seda võimatu lõpetada*“ ja „*Ma ei suuda oma muretsemist kontrollida*“. Neil väidetel oli suurem faktorlaadung pigem skriiningväidete alaskaalas kui negatiivsete uskumuste skaalas (kuhu nad teoreetilisest tagapõhjast lähtudes peaksid kuuluma). Et skriiningväited muretsemise kestuse ja sageduse kohta on sisuliselt lähedased muretsemise kontrollimatuse väidetega (st muretsemisele kulutatakse rohkem aega kui soovitud), on taoline kattuvus sisuliselt seletatav.

Töös leidsid kinnitust skaalade loomise eel tõstatatud hüpoteesid selle kohta, et negatiivsed uskumused on omased üldistunud ärevushäirega inimestele ja mitte tervetele inimestele, kuid positiivseid uskumusi muretsemise kohta esineb ka tavainimestel. Nii Muretsemise skaala kui Sümptomite skaala on statistiliselt oluliselt korreleeritud EEK-2 EEK-2 üldistunud ärevuse alaskaalaga, mis kinnitab loodud skaalade valiidsust.

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, 443-449.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th – Text Revision ed.). Washington, DC
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Borkovec, T.D., Rickels, K., Stein, D.J., & Wittchen, H.-U. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 53-58.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Heker, E.B., Mohlman, J., & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. Heimberg , C. Turk & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Carter, R.M., Wittchen, H.-U., Pfister, H., & Kessler, R.C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13 (2), 78-88.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N.J., Thomas, C.L.Jr, & Borkovec, T.D. (2009). Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40, 3-38.
- Covin, R., Dozois, D.J.A., & Westra, H.A. (2008). An evaluation of the psychometric properties of the Consequences of Worry Scale (COWS). *Cognitive Therapy and Research*, 32 (1), 133-142.
- Davis, R.N., & Valentiner, D.P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29, 513-526.

- Demertzis, K.H., & Craske, M. G. (2006). Generalized anxiety disorder. In J.E. Fisher, & W.T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 301-312). New York: Springer.
- Holaway, R. M., Rodebaugh, T.L., & Heimberg, R.G. (2006). The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In G.C. Davey, & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 3-20). Chichester: Wiley.
- Lavender, A. & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 129-142.
- Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H.J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 29-36.
- Massion, A.O., Dyck, I.R., Shea, M.T., Phillips, K.A., Warhaw, M.G., & Keller, M.B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59 (5), 434-440.
- McLaughlin, K., Borkovec, T.D., & Sibrava, N.J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38, 23-38.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Papageorgiou, C. (2006). Worry and rumination: Styles of persistent negative thinking in anxiety and depression. In G.C. Davey, & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 21-40). Chichester: Wiley.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164.
- Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised.* (1995). Tartu: Tartu Ülikool.

- Ruscio, A.M. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: Differentiating high worriers with and without GAD. *Anxiety Disorders*, 16, 377-400.
- Ruscio, A.M., & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469-1482.
- Ruscio, A.M., Borkovec, T.D., & Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (3), 413-422.
- Startup, H.M. & Erickson, T.M. (2006). The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). In G.C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 101-119). Chichester: Wiley.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679-694.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalized anxiety disorder. In G.C.L. Davey & A.Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179-199). Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (5), 579-583.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (11), 15-21.