

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Karmen Vool

ISIKSUSHÄIRETELE OMASTE JOONTE SEOS
EMPAATIA NING TERAPEUTILISE SUHTEGA

Magistritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu

Kaasjuhendaja: Andres Kaera

Läbiv pealkiri: Isiksusejooned ja empaatia

Tartu 2015

Kokkuvõte

Töö eesmärgiks oli uurida mittekohanevate ja kohanevate isiksusejoonte seoseid empaatia ja terapeutilises suhtes esineva kontaktiga. Erinevalt varasematest uurimustest olid siinkohal tähelepanu all just intervjueeritavad. Valimisse kuulus 72 intervjueeritavat ning 72 küsitajat. Intervjueeritavatest 30 olid teadaolevalt psüühikahäireteta inimesed, 42 aga kliinilise populatsiooni esindajad, uuritavatest 30 olid mees-, 42 naissoost, keskmiseks vanuseks oli 33,6 aastat ($SD = 12,7$). Suhte poolte vahel pidi esinema vähemalt üks nõustamis- või hindamissessioon, mille käigus ka andmeid koguti. Uuritavate isiksusejoonte hindamiseks kasutati Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustikku SNAP-2, empaatia mõõtmiseks Empaatia skaalat ning suhtes esineva kontakti hindamiseks iseseisvalt kohandatud Kontaktiküsimustikku. Läbiviidud andmeanalüüside tulemusena leiti, et empaatial on oluline positiivne seos sündsusega, negatiivsed seosed aga pidurdamatuse, eraldatuse, manipulatiivsuse, agressiivsuse ja impulsiivsusega. Afektiivne, kuid mitte kognitiivne empaatia on ennustatav isiksusejoonte kaudu. Isiksushäired seonduvad empaatia mõlema komponendiga. Kui paranoilise, piirialase ja histrioonilise isiksuse puhul esinevad puudujäägid afektiivses empaatias, siis kognitiivse empaatia madalam tase esineb koos nartsissistliku ja obsessiiv-kompulsiivse isiksushäirega. Nii afektiivne kui ka kognitiivne empaatia võimaldavad terapeutilises suhtes esineva kontakti komponentidest oluliselt ennustada üksnes tõrjumist, isiku enesekohane ja suhte teise poole hinnang tema empaatiale ei lange kokku.

Märksõnad: isiksushäired, isiksusejooned, afektiivne empaatia, kognitiivne empaatia, terapeutiline suhe

Abstract

The Relations Between Nonadaptive and Adaptive Personality Traits, Empathy, and Therapeutic Relationship

The purpose of this study was to investigate the relations between nonadaptive and adaptive personality traits, empathy, and therapeutic relationship. Contrary to earlier studies the focus of this empathy research was on the interviewees. The sample consisted of 72 interviewees and 72 interviewers. 30 of the interviewees were supposedly healthy, whilst 42 belonged to clinical population, 30 of the subjects were male, 42 were female, the mean age was 33,6 ($SD = 12,7$). At least one counselling or assessment session had to take place between the interviewee and interviewer during which the data were collected. The *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality SNAP-2* was used to assess the personality traits of the subjects, the *Empathy Scale* to measure the empathy and a new adaptation of the *Relationship Questionnaire* to assess the therapeutic relationship. Results indicated that empathy was positively related to propriety, while negatively related to disinhibition, detachment, manipulateness, aggression, and impulsivity. Affective, but not cognitive empathy can be predicted from personality traits. Personality disorders have characteristic relationship patterns with both components of the empathy. While deficits in affective empathy appear in Paranoid, Borderline, and Histrionic Personality Disorders, lower levels of cognitive empathy are related to Narcissistic and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. Both, affective and cognitive empathy predict rejection in the therapeutic relationship. Self-assessments of empathy did not correlate with the assessments of the other part of the relationship.

Keywords: personality disorders, personality traits, affective empathy, cognitive empathy, therapeutic relationship

Sisukord

Kokkuvõte	2
Abstract	3
1. Sissejuhatus	5
1.1 Empaatia	5
1.2 Isiksushäired.....	6
1.3 Isiksushäiretele omased jooned SNAP-2 järgi.....	7
1.4 Isiksushäirete ja empaatia seosed.....	7
1.4.1 Psühhopaatilisus/antisotsiaalsus ja empaatia	10
1.4.2 Nartsissistlik isiksus ja empaatia	10
1.4.3 Piirialane isiksus ja empaatia	11
1.5 Empaatia roll terapeutilises suhtes	11
1.6 Eesmärk	12
2. Meetod	14
2.1 Valim	14
2.2 Mõõdikud	14
2.3 Protseduur	15
3. Tulemused.....	17
3.1 Kontaktiküsimustik	17
3.2 Isiksusjoonte ja empaatia seosed	17
3.3 Kontakti ja empaatia vahelised seosed	21
3.4 Isiksushäirete seos empaatia ja terapeutilises suhtes esineva kontaktiga	23
4. Arutelu	25
5. Kasutatud kirjandus	29
Lisa 1	36
Lisa 2	37
Lisa 3	38

1. Sissejuhatus

1.1 Empaatia

Empaatia on kompleksne nähtus, mille käsitlusi on sama palju, kui selle konstrukti uurijaid (Wispé, 1986). Erinevate definitsioonide ühisosana on leitud, et empaatiat käsitletakse peamiselt kui indiviidi afektiivseid reaktsioone otseselt nähtud või kujuteldavale situatsioonile, milles on keegi teine. Seega kuulub nähtuse juurde võime eristada enda ja teiste emotsionaalset seisundit (Decety ja Lamm, 2006). Üldiselt on aga mitmed erinevad uurijad (Bernhardt ja Singer, 2012; Decety ja Jackson, 2004; Preston ja de Waal, 2002) ühisel seisukohal, et empaatia koosneb rohkem kui ühest komponendist.

Tavapäraseima käsitluse kohaselt jagatakse empaatia kaheks – afektiivseks ehk automaatseks, madalama taseme ning kognitiivseks ehk tahtlikuks, kõrgema taseme empaatiaks (Coutinho, Silva ja Decety, 2014; Decety ja Svetlova, 2012; Leiberg ja Anders, 2006). Kui afektiivse empaatia all peetakse silmas emotsionaalset reaktiivsust ja tunnete ülekandumist, siis kognitiivne empaatia kujutab endast perspektiivi võtmist, enda asetamist kellegi teise olukorda (Sze jt., 2014; Lamm, Batson ja Decety, 2007; Eisenberg, 2000).

Empaatia olulisus inimese kohanemisele tema keskkonnas seisneb selle prosotsiaalses mõjus (Padilla-Walker ja Christensen, 2011; Eisenberg, Eggum ja Di Giunta, 2010; Findlay, Girardi ja Coplan, 2006), mis omakorda on keskkonnaga kohanemise üheks tähtsaimaks eelduseks (Hrdy, 2009). Taylor ja tema kolleegid (2013) on seisukohal, et prosotsiaalne käitumine aitab inimestel teiste emotsioone ja tegude põhjuseid paremini mõista ning sellest ka märku anda. See kutsub teistes esile samaväärse vastuse, mis tähendab, et prosotsiaalne käitumine „premeerib“ ka käitujat ennast, kuna talle vastatakse samamoodi. Samuti aitab prosotsiaalsus kaasa mina vastupidavusele (*ego resilience*), kuna inimene saab pidevalt positiivse kinnituse oma teguviisidele. See efekt esinevat ka vastupidi – mina vastupidavus suurendab empaatiavõimet ja seeläbi prosotsiaalset käitumist (Taylor jt., 2013).

Lisaks empaatialle teiste suhtes on käsitletud ka empaatiat iseenda vastu (Cornish ja Wade, 2015; Raes jt., 2011). See konstrukti hõlmab teadvustamist, et kannatused, läbikukkumine ja vigade tegemine on vältimatu ning igapäevselt, kaasa arvatud inimene ise, on väärt mõistmist ja empaatilist arusaamist. Barnardi ja Curry (2011) järgi lisanduvad sellele veel rasketel aegadel iseenda vastu lahke ja mõistev olemine ning valusate tunnete ja mõtete teadvustamine.

1.2 Isiksushäired

Isiksushäireteks nimetatakse kliinilise tähendusega seisundeid ja püsivaid käitumismustreid, mis avalduvad erinevates psüühika- ja käitumise valdkondades. Isiksushäired hõlmavad isiksuse mitut aspekti ning on seotud oluliste isiklike ja sotsiaalsete raskustega (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1992).

Klassikaliselt on isiksushäireid käsitletud kategooriaalsete konstruktidena. Alates DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ilmumisest on selle diagnostilise süsteemi järgi isiksushäired jagatud kolme klastrisse: A klaster ehk veidrad (paranoiline, skisoidne ja skisotüüpne isiksushäire), B klaster ehk dramaatilised, emotsionaalsed või tujukad (antisotsiaalne, piirialane, histriooniline ja nartsissistlik isiksushäire) ning C klaster ehk ärevad või kartlikud (vältiv, sõltuv ja obsessiiv-kompulsiivne isiksushäire).

Uusima isiksushäirete klassifikatsiooni DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) kohaselt võib endiselt eristada kolme isiksushäirete klastrit ning klassifikatsiooni põhiosas säilitati isiksushäirete kategooriaalne süsteem vanal kujul. Samas on aga DSM-5 III osas välja toodud ka alternatiivne võimalus isiksushäirete diagnoosimiseks - kategooriaalse ja dimensionaalse lähenemise hübriidmudel, mille kohaselt määratletakse kategooriaalselt üksnes 6 eristatavat isiksushäiret: antisotsiaalne, vältiv, piirialane, nartsissistlik, obsessiiv-kompulsiivne ning skisotüüpne. Seega on võrreldes varasema käsitlusega välja jäetud sõltuv, histriooniline, paranoiline ja skisoidne isiksushäire. Kategooriaalse diagnoosimise kõrval tuleb kõiki isiksushäiretega patsiente, veel parem kui üldse kõiki patsiente, hinnata ka dimensionaalselt. Mudel hõlmab kahte dimensiooni: Kriteerium A ehk isiksuse funktsioneerimise tase ja Kriteerium B ehk patoloogilised isiksuse jooned. Funktsioneerimine jagatakse kaheks dimensiooniks: mina funktsioneerimine (*self functioning*) ning suhete funktsioneerimine (*interpersonal functioning*). Mõlemad neist hõlmavad kaht aladimensiooni/aspekti. Mina funktsioneerimise alla kuuluvad identiteet ja enesejuhtimine, suhete funktsioneerimise alla aga empaatia ja lähedus. Isiksushäiretele omane düsfunktsionaalsus peab diagnoosi olemasoluks esinema nii mina funktsioneerimises kui interpersonaalsetes suhetes. Samas ei pea puudused esinema kõigis alaskaalades (American Psychiatric Association, 2013).

Seega saab empaatia üheks keskseks isiksushäiret defineerivaks tunnuseks sedamööda, kuidas DSM-5 hübriidmudeli kasutusala laieneb. DSM-5 alternatiivmudeli järgi väljendub empaatia

düsfunksionaalsus hoolimatuses teiste inimeste tunnete, vajaduste või kannatuste suhtes ning kahetsuse puudumises juhul, kui kellelegi on kas füüsiliselt või vaimselt liiga tehtud.

Eestis kasutatav ülemaailmne klassifikatsioon RHK-10 (ICD-10) on samuti läbimas korrekture. Uue väljaande (ICD-11) ilmumise ajaks on määratud aasta 2017. Isiksushäireid hakatakse sarnaselt DSM-5 alternatiivmodelile diagnoosima dimensionaalselt (Tyrer, 2014).

1.3 Isiksushäiretele omased jooned SNAP-2 järgi

Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustik SNAP-2 (Clark, Simms, Wu ja Casillas, 2009) on isiksushäirete hindamise test, mis mõõdab dimensionaalselt isiksushäirete seisukohalt olulisi isiksusejooni. Mõõdetavad isiksusejooned koonduvad kolme üldisema temperamendiskaala alla: negatiivne temperament, positiivne temperament ning pidurdamatus. Igäüks neist on omakorda seotud rea spetsiifilisemate alaskaaladega.

Negatiivse temperamendiga seonduvad usaldamatuse, manipulatiivsuse, agressiooni, enesekahjustamise, madala enesehinnangu, suitsidaalsuse, ebatavalise taju ning sõltuvuse alaskaalad. Positiivse temperamendi skaala on seotud ekshibitsionismi, eneseväärtustamise ja eraldatusega. Viimaks, pidurdamatuse valdkonda kuuluvad impulsiivsus, sündsus ning töönarkomaania.

Mõõdetavad isiksushäired väljenduvad iseloomujoonte kaudu järgnevalt: paranoiline isiksushäire seonduv positiivselt negatiivse temperamendi, usaldamatuse, agressiooni ning enesekahjustamisega. Skisoidse isiksushäirega seonduvad positiivselt eraldatus ning negatiivselt positiivne temperament ja ekshibitsionism. Skisotüüpset isiksushäiret iseloomustavad kõrge usaldamatus, ebatavaline taju ja eraldatus.

Antisotsiaalsusega seostatakse kõrget manipulatiivsust, pidurdamatust ja impulsiivsust. Mida suuremad on skoorid neil alaskaaladel, seda enam väljendub inimese antisotsiaalsus. Histrioonilise isiksushäirega on positiivselt seotud ekshibitsionism. Nartsissismi juurde kuuluvad eelkõige kõrge ekshibitsionism ja eneseväärtustamine.

Vältiv isiksus on positiivses seoses enesekahjustamise, sõltuvuse ja eraldatusega, negatiivses seoses aga positiivse temperamendi, ekshibitsionismi ja eneseväärtustamisega. Sõltuvat isiksushäiret iseloomustavad kõrge usaldamatus, enesekahjustamine ja sõltuvus ning madal eneseväärtustamine. Obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire juurde kuulub kõrge töönarkomaania (Clark jt., 2009).

1.4 Isiksushäirete ja empaatia seosed

Isiksushäirete eripalgelisuse tõttu on nende seosed empaatiaga keeruline kuid intrigeeriv küsimus. On ju iga isiksushäire nii individuaalsete omaduste kui ka sotsiaalsete oskuste ja suhtlemismotivatsiooni poolest erinev. Enamiku isiksushäirete empaatilise uurimused puuduvad. Nii võime nende kohta järeldusi teha vaid nende diagnostilistest kriteeriumitest lähtudes.

Tulenevalt paranoilise isiksushäire sümptomaatikast, mis DSM-IV-TR kohaselt kätkeb endas nii kalduvust kaua viha pidada, tendentsi teiste neutraalseid või sõbralikke tegusid vaenulikena tõlgendada, teiste inimeste mitteusaldamist kui ka püsivat enesekeskset hoiakut (American Psychiatric Association, 2000), võib eeldada, et taolise isiksushäirega inimesed ei ole võimelised tavapärasel viisil ja/või määral empaatiat tundma. Kui lähtuda sellest, et paranoilise isiksushäirega inimesed tajuvad maailma ja teisi neid kahjustavatena, siis ei ole kuigi suur tõenäosus, et nad teistele nende ebaõnne või emotsioonide korral kaasa elavad. Kahjuks ei ole aga antud küsimuses olukorda selgitavaid uurimusi läbi viidud.

Skisoidsele isiksushäirele on DSM-IV-TR kohaselt muuhulgas omased emotsionaalne külmus või eraldatus ning lähedaste suhete puudumine ning nende mittesoovimine (American Psychiatric Association, 2000), RHK-10 põhjal lisandub nendele ka võimetus väljendada nii soojust kui viha teiste suhtes. Kuigi pole kindel, kas skisoidsed inimesed tunnevad empaatiat või mitte, on täheldatav nende võimetus taoliste interpersonaalsete tunnete avaldamisel.

Skisotüüpse isiksushäire sümptomaatika hulka kuuluvad sotsiaalsete ja interpersonaalsete puudujääkide pervasiivne muster, kahtlustavus ja paranoiline mõtlemine, lähedaste suhete puudumine ja ülemäärane sotsiaalne ärevus (American Psychiatric Association, 2000). Nende sümptomite põhjal saab oletada, et skisotüüpsete inimeste empaatiavõime on mõnevõrra (kui mitte oluliselt) häirunud. Samas võiks aga eeldada, et kahjustatud on pigem kognitiivne empaatia, samas kui afektiivne, automaatne kaastunne võib siiski avalduda. DSM-5 alternatiivmudeli käsitluse kohaselt avaldub skisotüüpse isiksuse empaatia defitsiitsus suutmatuses mõista enda tegude mõju ning teiste inimeste käitumisviise ja –põhjuseid (American Psychiatric Association, 2013).

Obsessiiv-kompulsiivne isiksushäire hõlmab muude sümptomite seas ka jäikust ja kangekaelsust ning avatuse vähesust (American Psychiatric Association, 2000), mis ei pruugi, kuid võib tähendada empaatia väljendamise düsfunktsionaalsust. Kuigi antud isiksushäire

puhul ei ole täheldatud sotsiaalsete oskuste vähesust, ollakse siiski seisukohal, et obsessiiv-kompulsiivne inimene seab korra, reeglid ja töö teistest inimestest ettepoole (American Psychiatric Association, 2000). Seega, juhul, kui teiste soovid või tunded lähevad vastuollu obsessiiv-kompulsiivse inimese jaoks oluliste reeglite või normidega, peab ta õigeks pigem esimeste allutamist teistele. Obsessiiv-kompulsiivse isiksushäirega inimese isiksuse funktsioneerimist DSM-5 alusel hinnates võib neil ilmnedagi raskusi teiste ideedest, emotsioonidest või käitumisviisidest arusaamisel (American Psychiatric Association, 2013).

Vastupidiselt eelnevalt mainitud isiksushäiretele, on histrioonilise isiksushäire puhul DSM-IVs välja toodud häirele omased äärmiselt pinnapealsed ja kiiresti vahelduvad emotsioonid (American Psychiatric Association, 2000), sellele lisanduvad egotsentrilisus, hoolimatus teiste vastu ja kaasneda võib manipuleeriv käitumine oma tahtmise saamiseks (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1992). Seega on empaatiavõime olemasolu nende isikute puhul väga kaheldav. Kui histrioonilisel inimesel kaastunne ka eksisteerib, võib siiski eeldada, et sarnaselt teistele emotsioonidele, mida ta tunneb, on ka see tundmus pinnapealne.

Sõltuvale isiksushäirele on eriti iseloomulik ülemäärane lähedusevajadus. Kuna sõltuvad inimesed allutavad omaenda soove teiste omadele ning on äärmiselt kartlikud üksijäämise suhtes (American Psychiatric Association, 2000), siis ühest küljest võib spekuloida, et nende empaatiatunne teiste suhtes on võimendatud – nad leiavad, et teiste soovid ja arvamused on nende endi omadest tähtsamad. Samas võiks ka arvata, et nende käitumisviis ei tulene mitte suhtumisest teistesse, vaid iseendasse, kuna ennast nähakse nõrga ja abituna. Teatud määral mõjub see liigse empaatiana iseenda vastu (Barnard ja Curry, 2011). Schanche ja tema kolleegide (2011) järgi on aga sõltuva isiksushäirega inimeste empaatia enda suhtes keskmisest madalam.

Vältiva isiksushäire põhijooneks on äärmuslik kartus kriitika ja halvaks panu ees ning sellest tulenev sotsiaalsete situatsioonide vältimine. End tajutakse sotsiaalselt saamatu ja alaväärsena (American Psychiatric Association, 2000). Vältivale isiksusele on omased emotsiooniregulatsiooniraskused, mis tulenevad distressi talumatusest (Taylor, Lapsa ja Alden, 2004). Sarnaselt sõltuvale isiksushäirele on siinkohal keeruline oletada, kas empaatiatunne teiste suhtes on mingil viisil häiritud või mitte. Samas tundub nende kaastundevõime iseenda suhtes olevat puudulik. Eisenbergi (2000) kohaselt võiks aga eeldada, et pigem on nad ka teiste suhtes vähem empaatilised, kuna emotsiooniregulatsiooniraskustega inimesed kalduvad negatiivselt reageerima ka teiste

emotsioonidele. DSM-5 kohaselt seisnevad vältiva isiksuse funktsioneerimise puudused hõivatuses ja tundlikkuses kriitika või tõrjumise suhtes. Lisaks tõlgendavad nimetat isiksusehäirega inimesed teiste suhtumist nende suhtes negatiivsetena (American Psychiatric Association, 2013).

Kolme isiksushäire – antisotsiaalse, nartsissistliku ja piirialase seoseid empaatiaga on mõnevõrra uuritud.

1.4.1 Psühhopaatilisus/antisotsiaalsus ja empaatia

Empaatiat on isiksushäiretest enim uuritud seoses psühhopaatilisusega (Marcus, Fulton ja Edens, 2013). Kuigi psühhopaatia kui konstrukt ei ole DSM-IVs ega ka RHK-10s eraldi välja toodud (Edens ja Vincent, 2008; Edens, 2006), peetakse seda antisotsiaalse käitumise, kriminaalsusega seotuse ja paljude teiste kattuvuste tõttu osaks düssotsiaalsest või antisotsiaalsest isiksushäirest (Marcus jt., 2013). Psühhopaatiat iseloomustavad sarnaselt antisotsiaalsusele sellised omadused nagu egotsentrilisus, sotsiaalsete normide rikkumine, vastutustundetus, reageerimatus emotsionaalsetele stiimulitele, patoloogiline valetamine, teistega manipuleerimine ja empaatia, süütunde ning halastuse puudumine (Baron-Cohen, 2012; Marsh ja Cardinale, 2012; Hare ja Neumann, 2008). DSM-5 järgi esinevad antisotsiaalse isiksushäire puhul isiksuse funktsioneerimise tasemel defitsiidid samuti kas läheduses või empaatias. Viimane tähendab seda, et inimene ei hooli teiste tunnetest, vajadustest ja/või kannatustest. Samuti ei esine neil kahetsustunnet kui nad on teisi kas halvasti kohelnud või neile haiget teinud (American Psychiatric Association, 2013).

Brook ja Kosson (2013) on raporteerinud, et psühhopaatia on positiivselt seotud küll emotsionaalse empaatia düsfunktsionaalsusega, kuid kognitiivne empaatia on seejuures normipärane. Kimonis ning kolleegid (2013) on aga spetsiifiliselt uurinud antisotsiaalsele isiksusele omaste joonte ja empaatiavõime seoseid. Sarnaselt eelnevalt mainitud uuringule leidsid nad, et antisotsiaalsus on seotud afektiivse empaatia vähesusega.

1.4.2 Nartsissistlik isiksus ja empaatia

Magidsoni ja tema kolleegide (2012) ning Pickardi (2011) järgi iseloomustab nartsissistlikku isiksushäiret lisaks enesetähtsustamisele, imetlusvajadusele, enda eriliseks ja teistest paremaks pidamisele ning üleolevale hoiakule ka empaatiavõime puudumine. Sellele sarnaselt on Pincus ja teised (2009) leidnud, et nartsissismi võib käsitleda koos psühhopaatilisusega,

kuna neil on omavahel palju kattuvaid jooni, sealhulgas empaatia puudumine ja teistega mitte arvestamine.

Nii Morf (2006) kui ka Paulhus ja Williams (2002) on käsitlenud nartsissiste kui manipulatiivseid, agressiivsusele kalduvaid ja suhetes dominantseid isikuid. Seesugune käitumine on aga tihti teisi haavav ja kahjustav, mistõttu viitab see ühtlasi madalamale empaatilisusele (Wai ja Tilipoulos, 2012). Vastupidiselt neile tulemustele leiavad aga Baskin-Sommers ja kolleegid (2014), et nartsissistliku isiksuse puhul ei ole tegemist mitte empaatia puudumisega, vaid selle düsfunktsiooniga – nartsissistid ei oska nende sõnul lihtsalt kaastunnet väljendada, kuigi nad võivad seda tunda. DSM-5 nartsissistliku isiksuse funktsioneerimise käsitluse kuulub teiste emotsioonide ja vajaduste mittemõistmine, samuti enda mõju teistele ala- või ülehindamine (American Psychiatric Association, 2013).

1.4.3 Piirialane isiksus ja empaatia

Skodoli ja Benderi (2009) sõnul väljendub piirialase isiksushäire sümptomaatika impulsiivsuse kontrolli kahjustuses, emotsionaalses labiilsuses ja interpersonaalsetes defitsiitides. Viimaste hulka kuuluvad muuhulgas ka kahjustatud empaatiavõime (Kreger, 2010). Ripolli ja teiste (2013), Thoma ja kolleegide (2013) ning Harari ja tema kaaslaste (2010) uurimuste kohaselt esineb piirialase isiksushäirega patsientidel düsfunktsioon eelkõige tahtliku ehk kognitiivse empaatia süsteemis. Samas leidsid nimetatud autorid saadud tulemuste põhjal, et automaatne (ehk afektiivne) empaatia nende puhul siiski toimib. Kuigi piirialase isiksushäirega isikutele valmistab teiste seisukoha võtmine raskusi, tundsid nad, erinevalt nartsissistidest, siiski teiste inimeste pärast muret (New jt., 2012).

Vastukaaluks eelmistele tulemustele on leitud, ka et piirialase häirega inimeste võimed on võrreldes normpopulatsiooniga madalamad nii kognitiivse kui afektiivse empaatia puhul (Ritter jt., 2011) või siis olulist efekti ei ilmnegi (Dziobek jt., 2011). Isiksuse funktsioneerimise hindamisel DSM-5 põhjal hõlmab piirialane isiksushäire muuhulgas suutmatust teiste tundeid ja vajadusi tajuda ning kalduvust kergesti haavuda või solvuda (American Psychiatric Association, 2013).

1.5 Empaatia roll terapeutilises suhtes

Teraapiasuhte toimimiseks vajalikke tingimusi on väga põhjalikult uurinud Carl R. Rogers. Tema hinnangul on terapeudi ja patsiendi vahelise tugeva sideme tekkimiseks vajalikud nendevaheline ühilduvus/sobivus (*congruence*), terapeudipoolne tingimusteta positiivne

suhtumine patsienti ning terapeudi empaatia (Rogers, 1957), kusjuures patsiendi poolt tajutud terapeudi empaatiline hoiak on üks olulisemaid terapeutilise suhte faktoreid. Sama seisukohta toetavad mitmed autorid (DeGeorge ja Constantino, 2012; Moyers ja Miller, 2012; Hoaas jt., 2011; Bohart jt., 2002; Greenberg jt., 2001; Strupp, 1992). Jurkovitchi ja kolleegide (2000) ning Wynni ja Wynni (2006) kohaselt võib empaatia üksi omada terapeutilist efekti, samuti aitab see kaasa patsiendi stressi leevenemisele ja tugevdab patsiendi ning terapeudi vahelist sidet. Sue (1998) kohaselt aitab empaatiavõime vähendada terapeudi ja patsiendi vahelisi erinevusi. See aga toob neid teineteise vastastikusele mõistmisele lähemale (Hatcher jt., 2005).

Elliott kolleegidega (2011) on välja toonud kolm moodust, mille abil saab terapeut oma empaatiat patsiendi suhtes väljendada. Nendeks on empaatiline side, kommunikatiivne häälestus ning isiku-empaatia (*person empathy*). Neist esimese all peetakse silmas kaastundlikku suhtumist ja selle väljendamist, teine tähendab aktiivset ning kestvat valmisolekut patsienti mõista. Kolmas seisneb aga arusaamises patsiendiga aset leidnud konkreetsete sündmuste mõjust patsiendi käesolevale seisundile. Uuritud on ka terapeudi mitteverbaalseid empaatia väljendamise viise (Dowell ja Berman, 2013), millel on samuti oluline mõju terapeutilise suhte kvaliteedile. Patsiendid, kes tajuvad terapeudi väljendatud mitteverbaalseid märke (noogutused, kehahoiak, silmside) empaatilistena, hindavad ka suhet soojema ja lähedasemana.

Teraapiasuhte mõlema osapoole karakteristikute mõju selle edukusele on uurinud Wynn ja Wynn (2006). Nende sõnul on lisaks terapeudipoolsele empaatia väljendamisele oluline ka see, et patsient võimaldaks terapeudil seda teha. Lisaks on vajalik, et patsient annaks terapeudile mõista, et ta koges seda just empaatiana. Seega tuleb terapeudil olla kaastundlik ja patsient peaks lubama tal seda olla. Blatt (2013) on samuti seisukohal, et teraapia edukus sõltub patsient-terapeudi interaktsioonist, mille eest vastutab lisaks terapeudile ka patsient ise.

Üks mahukamaid töid terapeutilise suhte, selle edukuse ja karakteristikute kohta on Murphy (2010) doktoritöö. Toetudes nii põhjalikule kirjanduse ülevaatele kui ka enda empiirilistele uurimustele, jõuab Murphy seisukohale, et Rogerslikke omadusi ei pea evima mitte ainult terapeudid. Patsientide isiksusejooned ja käitumisviisid on teraapia toimimisse panustamisel sama olulised. Terapeutiliste tingimuste hulka kuuluvad vastastikune empaatiavõime, koostöövalmidus ja teineteise aktsepteerimine. Teraapiasuhe on retsiprookne. Suurima kasu saamiseks tuleb suhte osapooltel võrdselt panustada (kui isegi mitte patsiendil rohkem).

1.6 Eesmärk

Antud magistritöö eesmärgiks on uurida isiksushäiretele omaste joonte seoseid empaatia ja terapeutilise suhtega. Kui siiani on enamasti rõhutatud terapeudi empaatilisuse olulisust, siis selles töös keskendutakse suhte teisele poolele – patsiendile või intervjueeritavale. Tuginedes varasematele uuringutele, on käesoleva töö hüpoteesid järgnevad:

1. Positiivne temperament ja sõltuvus on positiivses seoses empaatiaga, kusjuures need isiksusejooned võimaldavad ennustada isiku empaatiataset.
2. Negatiivne temperament, usaldamatus, manipulatiivsus, agressiivsus, eraldatus, impulsiivsus ja eneseväärtustamine on empaatiaga negatiivses seoses olles ühtlasi ka heaks empaatiavõime ennustajaks.
3. Nii afektiivne kui kognitiivne empaatia on positiivses seoses terapeutilises suhtes esineva kontaktiga.
4. Paranoiline, skisotüüpne, antisotsiaalne, piirialane, histrooniline, nartsissistlik ja obsessiiv-kompulsiivne isiksushäire on empaatia ning suhtes esinevate positiivsete karakteristikutega negatiivselt seotud.

2. Meetod

2.1 Valim

Valimi moodustasid 30 teadaolevalt psüühikahäireta ja 42 kliinilise populatsiooni esindajat, kokku 72 uuritavat. 30 neist olid meessoost, 42 aga naissoost. Uuritavate vanusevahemik jäi 18 ja 73 aasta vahele. Keskmiseks vanuseks osutus 33,6 aastat ($SD = 12,7$).

Kliiniline osa valimist oli diagnostiliselt mitmekülgne – diagnoosid jaotusid siinkohal järgmiselt: kolm orgaanilise psüühikahäire, kaks psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäire, kaks skisotüüpse ja üks luululise häire, 19 meeleoluhäire, 19 neurootilise ja stressiga seotud häire, 17 spetsiifilise isiksushäire diagnoosi (neist neli skisoidse, üks impulsiivset ning üks piirialast tüüpi ebastabiilse, üks anankastse, üks histrioonilise, kaks vältiva, üks sõltuva, üks nartsissistliku, neli täpsustamata ja üks segatüüpi isiksushäirega), kaks vaimse alaarengu ning üks psühholoogilise arengu häire diagnoosi. Kahekümne viiel patsiendil oli diagnoositud mitu häiret.

2.2 Mõõdikud

SNAP

Käesolevas uurimuses kasutati Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustikku (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP-2*) (Clark jt., 2009; eesti keelde kohandanud Rannu, 2009; Kaera, 2008), mis on enesekohane isiksuse test. SNAP koosneb 390 küsimusest, millele vastatakse dihhotoomsel jah/ei skaalal. Küsimustik koosneb seitsmest valiidsusskaalast (juhusliku vastamise, päriolekukalduvuse, sotsiaalselt soovitava vastamise, vooruslikkuse, hälbimuse ja lõpuosa hälbimuse skaalad ning üldine valiidsusindeks), kolmest temperamendiskaalast (negatiivne temperament, positiivne temperament, pidurdamatus), 12 isiksuseskaalast (usaldamatus, manipulatiivsus, agressioon, enesekahjustamine, ebatavaline tajus, sõltuvus, ekshibitsionism, eneseväärtustamine, eraldatus, impulsiivsus, sündsus, töömaania) ning 13 isiksushäire diagnostilisest skaalast (paranoiline, skisoidne, skisotüüpne, düssotsiaalne, piirialane, histriooniline, nartsissistlik, vältiv, sõltuv, obsessiiv-kompulsiivne, anankastne). SNAP-2 häireskaalad hindavad isiksushäirete kriteeriume DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) kohaselt.

Empaatia skaala

Uuritavate empaatia taseme hindamiseks kasutati Empaatia skaalat (Kastepõld, 1998), mis on Kaia Kastepõld-Tõrsi kohandatud variant Davise (1983) küsimustikust *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (ehk Interpersonaalse reaktiivsuse küsimustik, IRK). Tegemist on 16 väitest koosneva enesekohase skaalaga, mis mõõdab nii afektiivset (nimetatud ka kaasaelamise skaalaks) kui ka kognitiivset empaatiat (nimetatud ka rollivõtmise skaalaks). Väiteid hinnatakse dihhotoomsel jah/ei skaalal. Väitestiku reliaablus on hea: Cronbachi α kaasaelamise skaala puhul on 0.84 ja rollivõtmise skaala puhul 0.87. Kohandatud väitestiku kasutamiseks saadi selle autorilt luba.

Kontaktiküsimustik

Terapeutilise suhte hindamiseks kasutati iseseisvalt kohandatud versiooni Truaxi ja Carkhuffi küsimustikust *Tentative Scale for Measurement of Accurate Empathy* (Truax ja Carkhuff, 1967; Truax, 1961). Küsimustikust valiti välja need väited, mis mõõdavad empaatiat, soojust ja terapeutilise suhte kvaliteeti. Lisaks loodi uusi, eesti kliinilisse konteksti sobivaid väiteid. Kontaktiküsimustik koosneb 25 jah/ei vastusevariandiga väitest, mis iseloomustavad terapeudi/nõustaja ja patsiendi/intervjueeritava omavahelist kontakti. Kümme väidet on pööratud.

Mõõtvahendi pilootprojekt viidi läbi psühholoogia magistriõppe õppekava aine “SHPH.00.018 Individuaalse uurimise ja hindamise meetodid kliinilises psühholoogias” raames. Aine läbijatel paluti lisaks vabalt valitud hindamisvahenditele patsiendiga vastastikku ka Kontaktiküsimustik täita. Küsimustikku täiendati ja parandati vastavalt tehtud ettepanekutele.

2.3 Protseduur

Andmete kogumisse kaasati nii psühholoogia tudengeid kui ka praktiseerivaid nõustajaid, psühholooge ja terapeute. Tudengid värvati uuringusse psühholoogia magistriõppe aine „SOPH.00.368 Isiksusehäirete hindamine struktureeritud intervjuu IPDE-ICD-ga“ raames. Praktiseerivaid psühholooge kaasati läbi kliiniliste psühholoogide täienduskursuse „Uued suunad isiksushäirete klassifikatsioonides ja testimises“ 2014.a. detsembris. Lisaks kuulusid andmete kogujate hulka psühholoogid Viljandi Haigla Psühhiaatriakliinikust, Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia Keskusest ning Ambromed Kliinikust.

Uuritavate valimisse lülitamise esimeseks tingimuseks oli vähemalt ühe täispika (vähemalt 45 minutit) nõustamis- või hindamisseansi läbiviimine. Seansi järel paluti nii uuritaval kui ka küsitljal täita teineteise kohta Kontaktiküsimustik. Soovitatavalt paluti küsimustik täita pärast nende esimest seanssi, samas ei olnud see tingimus määravaks, kas uuritav valimisse lülitati või mitte.

Uuritavatel paluti nende isiksusejoonte hindamiseks täita iseseisvalt SNAP-2 skaala, empaatiavõime hindamiseks aga Empaatia skaala. Seda, kas skaalad täideti seansi toimumise või selle välisel ajal, eraldi ei uuritud. Kõigile soovijatele anti põhjalik tagasiside SNAP-2 põhjal mõõdetud skaalade, saadud skooride ja nende tähenduse kohta. Tagasiside edastati küsitlajatele meili teel.

3. Tulemused

3.1 Kontaktiküsimustik

Esmalt viidi küsitlejate poolt täidetud Kontaktiküsimustikul läbi faktoranalüüs peakomponentide meetodil varimax pööramisega. Kaiseri kriteeriumi kohaselt ilmnes kaheksa faktorit, mille omaväärtus on suurem kui 1. Need kaheksa faktorit seletasid 67.9% andmete üldhajuvusest. Catelli testi kohaselt võeti arvesse kolm kõige suurema omaväärtusega faktorit, mis seletasid 39.5% andmete üldhajuvusest. Väidete topeltlaadumiste tõttu eemaldati küsimustikust kolm väidet, mille tulemusena jäi alles 22 väitest koosnev skaala. Lühendatud skaala puhul oli faktoranalüüsi tulemusena võimalik välja tuua seitse faktorit, mis seletavad 67.3% andmete üldhajuvusest. Catelli põhimõttel võeti arvesse kolm kõige suurema omaväärtusega faktorit, mis seletavad andmete üldhajuvusest 43.1%.

Esimene faktor, mis seletab 21.0% andmete üldhajuvusest, koosneb 10 väitest. Faktor sisaldab endas väiteid, mis hindavad seda kuivõrd tajub küsitleja uuritavat empaatilisena. Seega otstati selle faktori põhjal luua empaatia alaskaala. Skaala sisereliaabluskoeffitsient Cronbachi α on 0.73. Ühegi väite välja jätmine ei tõstnud α väärtust.

Teine faktor seletab 12.1% andmete üldhajuvusest ning koosneb 7 väitest. See faktor sisaldab endas väited selle kohta kuivõrd tajub küsitleja uuritavat soojana, seega saab skaala nimetuseks „soojus“. Skaala sisereliaabluskoeffitsient Cronbachi α on 0.77. Ühegi väite eemaldamine ei tõstnud α väärtust.

Kolmas faktor seletab 10% andmete üldhajuvusest ning koosneb 5 väitest. Faktori väited hindavad seda kuivõrd tajub küsitleja uuritava poolt tõrjuvat ja negatiivset suhtumist. Seega on skaala nimetus „tõrjumine“. Skaala sisereliaabluskoeffitsient Cronbachi α on 0.73. Sarnaselt eelmistele faktoritele, ei tõstnud ka selle puhul ühegi väite välja jätmine α väärtust.

Seega koosneb Kontaktiküsimustik kolmest alaskaalast: empaatia, soojus ja tõrjumine. Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid on: empaatia ning soojus on omavahel statistiliselt olulises positiivses seoses, $r = .28$, $p = .01$. Tõrjumisega on negatiivses statistiliselt olulises korrelatsioonis nii empaatia ($r = -.29$, $p = .01$) kui ka soojus ($r = -.27$, $p = .01$).

3.2. Isiksusejoonte ja empaatia seosed

Empaatia skaalal viidi esmalt läbi faktoranalüüs, mille tulemused kinnitasid Kastepeõllu (1998) raporteeritule vastavaid komponente – afektiivne ja kognitiivne empaatia. Empaatia ja isiksusejoonte vaheliste seoste hindamiseks leiti kõigepealt Pearsoni korrelatsioonid.

Empaatia koguskaala tugevaim seos oli sündsusega ($r = .35$; $p < .01$), negatiivsetest korrelatsioonidest oli esikohal seos pidurdamatusega ($r = -.39$; $p < .01$). Ka afektiivse empaatia tugevaim positiivne korrelatsioon oli sündsusega ($r = .31$; $p < .01$), negatiivsetest korrelatsioonidest tõusis esikohale seos eraldatusega ($r = -.32$; $p < .01$). Isiksushäiretele omaste joonte ja kognitiivse empaatia vahelistest seostest osutus kõige olulisemaks negatiivsed korrelatsioonid impulsiivsuse ($r = -.30$; $p = .01$) ja pidurdamatusega ($r = -.27$; $p = .01$). Statistiliselt olulised positiivsed korrelatsioonid isiksusejoonte ja kognitiivse empaatia vahel puudusid.

Isiksusjoonte ning afektiivse, kognitiivse ja kogu Empaatia skaala korrelatsioonid on välja toodud Tabelis 1.

Tabel 1. Empaatia skaala kogu- ja alaskaalade korrelatsioonid SNAP-2 isiksusejoontega.

	Empaatia koguskaala	afektiivne empaatia	kognitiivne empaatia
Negatiivne temperament (NT)	-.02	.17	-.22*
Usaldamatus (MST)	-.17	-.13	-.10
Manipulatiivsus (MAN)	-.31**	-.23*	-.20*
Agressiivsus (AGG)	-.29**	-.21*	-.19
Enesekahjustamine (SFH)	-.11	-.01	-.16
Madal enesehinnang (LSE)	-.09	.04	-.17
Suitsidaalsus (SuicP)	-.10	-.05	-.11
Ebatavalised elamused (EP)	.12	-.06	-.12
Sõltuvus (DEP)	.17	.24*	.01
Positiivne temperament (PT)	.16	.06	.17
Ekshibitsionism (EXH)	.06	.04	.04
Eneseväärtustamine (ENT)	.03	-.04	.11
Eraldatus (DET)	-.37**	-.32**	-.19
Piduradamatus (DIS)	-.39**	-.27**	-.27*
Impulsiivsus (IMP)	-.28**	-.11	-.29**
Süüdsus (PRO)	.35**	.31**	.16
Töönarkomaania (WRK)	.07	.14	-.06

Märkus. $N = 72$. Pearsoni korrelatsioon.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$.

Järgnevalt viidi läbi mitmene regressioonianalüüs, võttes sõltuvateks muutujateks afektiivse ja kognitiivse empaatia, sõltumatuteks aga kõik isiksuse jooned. Usaldusnivooks seati 95%. Mudelite jääkide vaheliste korrelatsioonide hindamiseks kasutati Durbini-Watsoni statistikut. Selle väärtus jääb vahemikku 0–4. Nullilähedased väärtused tähendavad tugevat positiivset, 4-lähedased väärtused aga tugevat negatiivset korrelatsiooni. Väärtused, mis on 2 lähedal näitavad jääkide korrelatsioonide puudumist.

Analüüside tulemusena selgus, et afektiivse empaatia ja isiksusejoonte mudel oli statistiliselt olulise hea ennustusvõimega ($R = .68$; $p = .00$), mudeli jäägid ei korreleerunud omavahel olulisel määral (Durbini-Watsoni $d = 1.67$). Käsitletavad isiksusejooned seletavad ära 47%

afektiivse empaatia varieeruvusest ($R^2 = .47$). Muutujate multikollineaarsuse hindamiseks vaadati nii nende tolerantsust kui ka variatiivsuse inflatsiooni faktorit (VIF)*. Madala tolerantsuse tõttu (*Tolerance* = .00) jäeti mudelist välja enesekahjustamine. Ülejäänud mudelis multikollineaarsusega probleeme ei esinenud - lahendi VIF-statistikutest ükski ei ületanud kriitilist piiri. Seega nähtub saadud andmetest, et SNAP-2 põhjal hinnatud isiksuseomadused ennustavad hästi afektiivse empaatia taset.

Isiksusejoonte ja kognitiivse empaatia vahelise regressioonimudeli ennustusvõime ei osutunud statistiliselt oluliseks ($p = .41$), samas jäi ennustusvõime väärtus keskmisele tasemele ($R = .49$). Tehtud analüüside tulemustest järeldub, et SNAP-2 isiksusjoonte põhjal ei ole võimalik ennustada kognitiivse empaatia taset. Afektiivse ja kognitiivse empaatia ning isiksusjoonte regressioonianalüüsid on välja toodud Tabelis 2.

Lisaks uuriti veel eraldi ka positiivse temperamendi ja sõltuvuse ning negatiivse temperamendi, usaldamatuse, manipulatiivsuse, agressiivsuse, eraldatuse, impulsiivsuse ja eneseväärtustamise alaskaalade võimet empaatiat ennustada. Mõlema tunnustustegrupi puhul oodati, et need ennustavad olulisel määral uuritava empaatiataset. Regressioonianalüüside läbiviimisel selgus, et positiivne temperament ja sõltuvus ei ennustanud statistiliselt olulisel määral ei afektiivset ega kognitiivset empaatiat. Negatiivne temperament, usaldamatus, manipulatiivsus, agressiivsus eraldatus, impulsiivsus ja eneseväärtustamine leiti olevat aga headeks afektiivse empaatia ennustajateks ($R = .58$; $p = .00$; Durbin-Watsoni $d = 1.71$). Kognitiivse empaatia ennustamisel need isiksusejooned aga olulist rolli ei mänginud.

* Tolerantsuse määr alla väärtuse .00 ning variatiivsuse inflatsiooni faktor väärtusega ≥ 10 on muutujate vahelise multikollineaarsuse näitajateks.

Tabel 2. Isiksusejoonte võime ennustada afektiivset ja kognitiivset empaatiat.

	Afektiivne empaatia			Kognitiivne empaatia		
	B	Std.viga	B	B	Std.viga	B
Negatiivne temperament (NT)	.02	.02	.14	-.02	.03	-.13
Usaldamatus (MST)	.01	.03	.03	.01	.04	.06
Manipulatiivsus (MAN)	-.06	.05	-.22	-.03	.06	-.12
Agressiivsus (AGG)	-.03	.04	-.13	-.01	.04	-.04
Enesekahjustamine (SFH)	-	-	-	-	-	-
Madal enesehinnang (LSE)	.11	.07	.26	-.00	.09	-.01
Suitsidaalsus (SuicP)	-.05	.06	-.10	.06	.08	.12
Ebatavalised elamused (EP)	.01	.04	.01	-.03	.05	-.11
Sõltuvus (DEP)	.05	.03	.20	.04	.04	.15
Positiivne temperament (PT)	-.02	.03	-.12	.05	.03	.32
Ekshibitsionism (EXH)	-.03	.04	-.09	.01	.05	.02
Eneseväärtustamine (ENT)	-.02	.04	-.06	.02	.05	.08
Eraldatus (DET)	-.16	.04	-.70	.00	.05	.02
Piduradamatus (DIS)	.00	.05	.01	-.00	.06	-.02
Impulsiivsus (IMP)	.03	.04	.13	-.07	.05	-.25
Süüdsus (PRO)	.06	.03	.28	.03	.04	.14
Töönarkomaania (WRK)	.04	.03	.15	-.06	.04	-.24
R ²		.47			.24	
F		3.04**			1.07	

Märkus. $N = 72$. Mitmese regressiooni mudelid.

** $p < 0.01$.

3.3 Kontakti ja empaatia vahelised seosed

Kuna käesolevas töös on fookuses just nõustatavad/intervjueeritavad, siis hinnati nende empaatiat kahe meetodiga: enesekohase Empaatia skaalaga ja küsitajate poolt täidetud Kontaktiküsimustikuga. Uuriti seoseid Kontaktiküsimustiku alaskaalade ja Empaatia skaala alaskaalade vahel.

Esmalt leiti Kontaktiküsimustiku ja Empaatia skaala faktorite vahel Pearsoni korrelatsioonid. Selgus, et nii afektiivne kui kognitiivne empaatia on statistiliselt oluliselt seotud üksnes

Kontaktiküsimustiku tõrjumise alaskaalaga. Tabel 3 esitab nende muutujate vahelised korrelatsioonid.

Tabel 3. Kontaktiküsimustiku alaskaalade ja empaatia vahelised korrelatsioonid.

	afektiivne empaatia	kognitiivne empaatia
Empaatia	.06	.15
Soojus	.12	.12
Tõrjutus	-.29**	-.34**

Märkus. $N = 72$. Pearsoni korrelatsioon.

** $p < 0.01$.

Lisaks viidi kontakti ennustamiseks läbi empaatia läbi ka mitmene regressioonianalüüs võttes sõltuvaks muutujaks Kontaktiküsimustiku alaskaalad ning sõltumatuteks muutujateks Empaatia skaala alaskaalad. Muutujate iseloom määrati sel viisil põhjusel, et eesmärgiks oli uurida empaatia aspektide ennustusvõimet terapeutilises suhtes esineva kontakti suhtes. Usalduspiirideks seati 95%. Sarnaselt Empaatia skaala ja isiksusjoonte analüüsidega, pandi ka siin rõhku Durbin-Watsoni statistiku hindamisele, mis näitab jääkide omavahelist korrelatsiooni. Sel viisil on võimalik ennustada, kas saadud üldistatavuse tase üldpopulatsioonile tuleneb käsitletud muutujatest või mitte.

Tulemused näitasid, et empaatia võimaldab ennustada üksnes tõrjumist. Afektiivse ja kognitiivse empaatia ennustusvõime tõrjumise suhtes osutus keskmiseks, $R = .45$. Seejuures oli Durbin-Watsoni statistiku suuruseks 2.03, mis tähendab, et jääkkorrelatsioone antud juhul ei esinenud. Statistiliselt olulisteks osutusid nii afektiivne ($\beta = -.29$, $p = .01$) kui ka kognitiivne empaatia ($\beta = -.34$, $p = .00$), seejuures oli viimasel mõnevõrra suurem roll suhte teise poole tõrjutustunde ennustamisel. Seega võib järeldada, et mida kõrgem on isiku empaatia tase, seda vähem tajub suhte teine pool end tõrjutuna. Regressioonianalüüsi tulemused on esitatud Tabelis 4.

Tabel 4. Empaatia võime ennustada terapeutilises suhtes esinevat kontakti..

	Empaatia		Soojus			Tõrjumine		β	
	B	Std.viga	B	B	Std.viga	B	B		Std.viga
Afektiivne empaatia	.12	.22	.06	.22	.22	.12	.34	.13	-.29
Kognitiivne empaatia	.28	.22	.15	.22	.22	.12	.41	.13	-.34
R^2		.03			.03			.20	
F		.97			1.01			8.66**	

Märkus. $N = 72$. Mitmese regressiooni mudelid.

** $p < 0,01$.

3.4 Isiksushäirete seos empaatia ja terapeutilises suhtes esineva kontaktiga

Viimaks vaadati ka isiksushäirete seoseid afektiivse ja kognitiivse empaatia ning Kontaktiküsimustikuga hinnatud terapeutilise suhte alaskaalade vahel. Saadud korrelatsioonid jäid tagasihoidlikule tasemele. Statistiliselt olulised negatiivsed seosed esinesid paranoilisel isiksushäirel afektiivse empaatia ($r = -.25$; $p = .02$) ning Empaatia skaala koguskaalaga ($r = -.27$; $p = .01$). Piirialane isiksushäire seondus statistiliselt olulisel määral samuti afektiivse empaatia ($r = -.24$; $p = .02$) ning Empaatia skaala koguskaalaga ($r = -.30$; $p = .01$).

Histrioofilise isiksushäire puhul avaldusid statistiliselt olulised negatiivsed korrelatsioonid afektiivse empaatia ($r = -.25$; $p = .02$) ja kogu Empaatia skaalaga ($r = -.21$; $p = .04$), samas kui tõrjumisega esines oluline positiivne seos ($r = .32$; $p < .01$). Nartsissistlikul isiksushäirel esinesid olulised seosed kognitiivse empaatia ($r = -.21$; $p = .04$), Empaatia skaala koguskaala ($r = -.20$; $p = .04$) ning tõrjumisega ($r = .32$; $p < .001$). Obsessiiv-kompulsiivne isiksushäire korreleerus olulisel määral kognitiivse empaatiaga ($r = -.23$; $p = .02$).

Need tulemused näitavad, et nii paranoilise, piirialase, histrioofilise, nartsissistliku kui ka obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire puhul võib täheldada tavapärasest madalamat empaatia taset. Histrioofilised ja nartsissistlikud inimesed tekitavad aga enda suhtluskaaslastes tõrjutu tunde. Kõigi isiksushäirete seosed empaatia ja kontaktiga on välja toodud Tabelis 5.

Tabel 5. SNAP-2 põhjal hinnatud isiksushäirete seosed Empaatia skaala ja Kontaktiküsimustiku skaaladega.

	PAR	SZD	STP	ANT	BDL	HIS	NAR	AVD	DPN	OBC
Empaatia skaala										
afektiivne empaatia	-.25*	-.00	-.06	-.15	-.24*	-.25*	-.100	-.02	.04	-.04
kognitiivne empaatia	-.11	-.07	-.13	-.03	-.18	-.05	-.21*	-.05	-.10	-.23*
empaatia koguskaala	-.27*	-.03	-.14	-.09	-.30**	-.21*	-.20*	-.06	.11	-.17
Kontaktiküsimustik										
Empaatia	-.01	.03	-.02	-.10	-.08	-.09	-.06	-.09	-.17	-.18
Soojus	-.08	-.12	-.01	-.04	-.01	-.04	-.01	-.01	-.04	-.15
Tõrjumine	.05	.19	.01	.05	.14	.37**	.32**	.02	.05	.16
kontakti koguskaala	-.06	.10	-.03	-.09	-.00	-.04	-.11	.07	.13	.11

Märkus. $N = 72$. PAR-paranoiline, SZD-skisoidne, STP-skisotüüpne, ANT-antisotsiaalne, BDL-piirialane, HIS-histrioiline, NAR-nartsissistlik, AVD-vältiv, DPN-sõltuv, OBC-obsessiiv-kompulsiivne isiksushäire.

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$.

4. Arutelu

Saadud andmetest nähtub, et vastupidiselt oodatule ei esine mittekohanevate isiksusejoonte ja empaatia taseme vahel tugevaid seoseid. Kõige tugevamaks korrelatsiooniks (- 0.39) osutus negatiivne seos pidurdamatu isiksuse ja empaatia koguskaala vahel. Küll aga võib täheldada mõningaid nõrku kuni mõõdukaid korrelatsioone, mis siiski saavutavad statistilise märkimisväärsuse (tasemel $p < 0.01$). Empaatial on oluline positiivne seos sündsusega ning negatiivsed seosed peale pidurdamatuse veel eraldatuse, manipulatiivsuse, agressiivsuse ja impulsiivsusega.

Statistiliselt olulisi seoseid ilmnes mittekohanevatel isiksusejoontel empaatia mõlema alaskaalaga. Afektiivne empaatia oli olulises positiivses seoses sündsuse ja sõltuvusega ning negatiivses seoses eraldatuse, pidurdamatuse, manipulatiivsuse ja agressiivsusega. Täpsemalt tähendab see seda, et vähem manipulatiivsed ja agressiivsed, teistega enam seotud ja teisi suuremal määral usaldavad, parema enesekontrollivõimega ning kõrge moraaliga inimesed on ka enam suutelised teistele kaasa elama ja emotsionaalselt reageerima.

Kognitiivse empaatiaga seostusid negatiivselt impulsiivsus, pidurdamatus, negatiivne temperament ja manipulatiivsus, samas kui positiivsed korrelatsioonid isiksusejoontega puudusid. Tulemused näitavad seega, et ennast oskavad teiste olukorda paremini asetada vähem negatiivseid emotsioone tundvad, mitte-manipulatiivsed, hea enesekontrolli ja madala impulsiivsuse tasemega inimesed. Võrreldes isiksusejoonte ja empaatia seoste profiile, on nähtav, et mõlema empaatialaadi puhul on olulised manipulatiivsuse ja pidurdamatuse tase. Arvestades seda, et manipulatiivsed inimesed kipuvad teisi oma huvides ära kasutama ning pidurdamatud ei suuda oma käitumist reguleerida viisil, et see oleks vastav sotsiaalsetele normidele (American Psychiatric Association, 2000), on tulemus ka loogiline.

Afektiivne empaatia on ennustatav läbi SNAP-2 hinnatavate isiksusejoonte, ligi pool selle varieeruvusest on seletatav isiksusega. Seejuures ei kuulu ennustavasse mudelisse enesekahjustamine, mis on liialt suurel määral korreleeritud teiste isiksusejoontega. Samas on ka keeruline leida seletust, mil moel enesekahjustamine peaks olema seotud empaatiaga teiste inimeste vastu. Vastupidiselt afektiivsele ei ole aga kognitiivne empaatia isiksusejoonte kaudu ennustatav. Kuna tegemist on kontrollitava tahtelise konstruktiga, siis võib eeldada, et see nõuab afektiivsest märksa enam arutlus- ja analüüsimisvõimet. See omakorda on aga pigem seotud kognitiivsete võimete kui isiksusejoontega. Sama nähtus ka Kastepõllu (1998) tsiteeritud Davise (1996) empaatia käsitlest, mille kohaselt on afektiivne empaatia pigem

kaasasündinud olles seotud inimese isiksusega, samas kui kognitiivne empaatia on elu jooksul õpitav ja arendatav, pigem seotud elukogemuse saamisega.

Saadud tulemustest nähtub, et töö alguses püstitatud esimene hüpotees, mille kohaselt on positiivne temperament ja sõltuvus empaatiaga positiivses seoses, peab osaliselt paika – kuigi kognitiivsel empaatial ei esine olulisi korrelatsioone kummagi isiksusejoonega neist, on afektiivne empaatia sõltuvusega positiivselt seotud. Hüpoteesi teine pool ehk ennustus, et nii positiivne temperament kui ka sõltuvus võimaldavad empaatiat ennustada, ei osutunud tõestatuks – ei afektiivse ega kognitiivse empaatia ennustamine positiivse temperamendi ja sõltuvuse kaudu ei ole võimalik.

Teine hüpotees – negatiivne temperament, usaldamatus, manipulatiivsus, agressiivsus, eraldatus, impulsiivsus ja eneseväärtustamine on empaatiaga negatiivses seoses – leidis suuremas osas kinnitust. Kui manipulatiivsus, agressiivsus, eraldatus ja impulsiivsus olid oluliselt seotud empaatia koguskaalaga, siis negatiivne temperament oli statistiliselt oluliselt seotud üksnes kognitiivse empaatiaga. Lisaks ei leitud kahe isiksusejoone (usaldamatuse ja eneseväärtustamise) puhul oodatud seoseid. Regressioonianalüüsi tulemusena selgus, et hüpoteesi teine pool ehk oletus, mille kohaselt on nimetat isiksusejooned heaks empaatia ennustajaks, pidas paika osaliselt. Üksnes afektiivne empaatia on ennustatav negatiivse temperamendi, usaldamatuse, manipulatiivsuse, agressiivsuse, eraldatuse, impulsiivsuse ja eneseväärtustamise kaudu. Seejuures on ennustusprotsent (58%) üsna heal tasemel.

Vastupidiselt eeldatule, ei olnud empaatia ning terapeutilises suhtes esineva kontakti vahel tugevat seost. Mõlemad empaatiavormid korreleerusid üksnes tõrjutusega, samas kui küsitleja poolt tajutud uuritava empaatiavõime ja soojus ei olnud seoses uuritava enda poolt raporteeritud empaatiaga. See tähendab, et uuritav ja küsitleja näevad uuritavat erinevalt. See, mis hinnangu annab uuritav enda kohta, et pruugi kattuda suhte teise poole tajutuga. Lisaks ennustab Empaatia skaalaga hinnatud empaatia üksnes küsitleja poolt tajutud tõrjutust. Kuna seose suund on negatiivne, siis tähendab see, et mida enam on uuritav empaatiline, seda vähem tunneb suhte teine osapool end tõrjutuna. Seega ei osutunud töö alguses püstitatud neljas hüpotees täielikult tõseks – enda poolt antud hinnang oma empaatiavõime kohta võimaldab ennustada ainult seda, kuivõrd tajutakse inimest teiste suhtes tõrjuvana.

Isiksushäirete ja empaatia ning terapeutilises suhtes esineva kontakti vaheliste seoste uurimine näitas, et afektiivse empaatia puudujäägid esinesid paranoilise, piirialase ja histrioonilise isiksuse puhul. Kui paranoilise ja histrioonilise isiksushäirega seotud empaatiavõime kohta

konkreetsed uurimused pole siiani läbi viidud, siis piirialase isiksusega seotud empaatia uurimuste tulemid on selles töös saadud tulemustest erinevad. Varasemalt on raporteeritud just kognitiivse empaatia puudujääkide esinemist piirialase isiksushäirega indiviidide seas (Ripolli jt., 2013; Thoma jt., 2013; Harari jt., 2010).

Kognitiivse empaatia puudujäägid esinesid saadud andmete kohaselt nartsissistliku ja obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire puhul. Kuna nartsissistliku isiksushäire käsitlusse kuulub teiste emotsioonide ja vajaduste mittemõistmine ning enda mõju teistele ala- või ülehindamine (American Psychiatric Association, 2013), siis langevad need tulemused omavahel ideaalselt kokku. Obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire negatiivne seotus kognitiivse empaatiaga toetab samuti DSM-5 põhist hinnangut, mille kohaselt võib sellele häirele omaseid isiksusejooni omavale inimesele valmistada raskusi teiste ideede, emotsioonide või käitumisviiside mõistmine (American Psychiatric Association, 2013).

Lisaks näitasid saadud andmed, et nii histrioonilise kui ka nartsissistliku isiksushäirega inimesed kalduvad interpersonaalsetes suhetes käituma viisil, mis paneb teised end tõrjututena tundma. Arvestades neile isiksushäiretele omast egotsentrilisust, hoolimatust teiste vastu ja manipuleerivat käitumist (Magidson jt., 2012; Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1992), tundub tulemus igati tõepärane.

Kuigi esialgu tundub kummastav, et antisotsiaalse ja empaatia vahelised negatiivsed seosed käesolevas töös puudusid, siis tegelikkuses seisneb põhjus arvatavasti selles, et töö valimis ei avaldunud piisava tugevusega antisotsiaalseid jooni. Valimisse ei kuulunud ühtegi selle isiksushäirega inimest. Ka ei joonistunud SNAP-2 põhjal saadud profiilidest välja ühtki tugevat antisotsiaalse isiksuse kuvandit.

Antud töö kitsaskohaks on väike valim. Kuigi olulisi erisusi oli võimalik leida juba praeguses uurimuses, võib siiski oletada, et suurema uuritavate arvu ja heterogeensema valimiga selguks ka rohkem märkimisväärsed seosed. Lisaks tuleks kasuks ka gruppidevahelise võrdluse koostamine võttes üheks uuritavate valimiks normisikud, teisteks erinevate psüühiliste häiretega indiviidide grupid. Sel juhul oleks võimalik hinnata, kas käsitletavad seosed kehtivad samal määral erinevas psüühilises seisundis olevate isikute puhul. Samuti tuleks vaadata isiksushäirete ja Empaatia skaala ning Kontaktiküsimustiku tulemusi suuremal ja mitmekesisemal diagnoositud isiksushäirete valimil. Eeldatavasti ilmneks sellisel juhul olulisi seoseid praeguses töös saadust rohkem.

Töö väärtuseks on aga esmalt asjaolu, et hinnatavateks olid just intervjueeritavad, kliinilises kontekstis patsiendid. See annab parema selguse, mil määral võivad nõustatava või patsiendi isiksuseomadused ja empaatia mõjutada suhet nõustaja või terapeudiga, suuremas plaanis aga interpersonaalsetes suhetes üldse. Teades vajakajäämisi patsiendi sotsiaalsetes oskustes ja tunnetuses, oleks võimalik neile sellega kohanemist õpetada. Paranenud sotsiaalsed oskused omakorda adapteeriksid inimest endisest paremini oma keskkonnaga.

Teine oluline osa tööst on Kontaktiküsimustiku valmimine. Küsimustik osutus oma psühhomeetriliste omaduste poolest üsna heaks mõõdikuks. Lisaks sellele, et küsimustiku sisereliaablus on kõrge, koosneb see ka kolmest hästi eristatavast faktorist, millest igaühe oma reliaablus on samuti heal tasemel. Kontaktiküsimustik võimaldab hinnata terapeutilise suhte kvaliteeti läbi teineteisele vastastikku antud hinnangute tajutud empaatia, soojuse ja tõrjumise kohta. Usutavasti annaks nende kohta täidetud küsimustik patsientidega tegelevatele spetsialistidele ülevaate sellest, mis on suhtes hästi ning millest jääb veel vajaka. Seeläbi oleks võimalik oma tähelepanu suunata parandamist vajavatele käitumisviisidele ja terapeutilise suhte aspektidele, mis omakorda tõstaks pakutava abi kvaliteeti.

5. Kasutatud kirjandus

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barnard, L. K., Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303.
- Baron-Cohen, S. (2012). The Empathy Mechanism: The Bell Curve. *Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty and Kindness*. London: Penguin Books.
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(3), 323-333.
- Bernhardt, B. C., Singer, T. (2012). The neural basis of empathy. *Annual Review of Neuroscience, 35*, 1–23.
- Blatt, S. J. (2013). The Patient's Contribution to the Therapeutic Process: A Rogerian-psychoanalytic Perspective. *Psychoanalytic Psychology, 30*(2), 139-166.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C. (2002). Empathy. Teoses J. C. Norcross (Toim.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 89-108.
- Brook, M., Kosson, D. S. (2013). Impaired cognitive empathy in criminal psychopathy: Evidence from a laboratory measure of empathic accuracy. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 156–166.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., Casillas, A. (2009). SNAP-2. Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality – 2. *Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Cornish, M. A., Wade, N. G. (2015). Working Through Past Wrongdoing: Examination of a Self-Forgiveness Counseling Intervention. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. doi:10.1037/cou0000080
- Coutinho, J. F., Silva, P. O., Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541-548.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 13-136.
- Decety, J., Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2, 1– 24.
- Decety, J., Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163.
- Decety, J., Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71– 100.
- DeGeorge, J., Constantino, M. J. (2012). Perceptions of Analogue Therapist Empathy as a Function of Salient Experience Similarity. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(1), 52-59.
- Dowell, N. M., Berman, J. S. (2013). Therapist Nonverbal Behavior and Perceptions of Empathy, Alliance, and Treatment Credibility. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 158-165.
- Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in personality disorder. *Neuroimage*, 57, 539–548.
- Edens, J. F., Vincent, G. M. (2008). Juvenile psychopathy: A clinical construct in need of restraint? *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8, 186–197.
- Edens, J. F. (2006). Unresolved controversies concerning psychopathy: Implications for clinical and forensic decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 59–65.

- Eisenberg, N., Eggum, N. D., Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social Issues and Policy Review*, 4, 143–180.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Reviews in Psychology*, 51, 665–697.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Findlay, L. C., Girardi, A., Coplan, R. J. (2006). Links between empathy, social behavior, and social understanding in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 347–359.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 380-384.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175, 277–279.
- Hare, R. D., Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246.
- Hatcher, S. L., Favorite, T. K., Hardy, E. A., Goode, R. L., Deshetler, L. A., Thomas, R. M. (2005). An analogue study of therapist empathic process: working with difference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 198-210.
- Hoas, L. E. C., Lindholm, S. E., Berge, T., Hagen, R. (2011). The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. Teoses R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, R. W. Gråwe (Toim.), *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group, 59-76.
- Hrdy, S. B. (2009). *Mothers and others*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jurkovich, G. J., Pananen, L., Rivara, F. P. (2000). Giving bad news: the family perspective. *Journal of Trauma*, 48, 865-870.
- Kaera, A. (2008). *Adaptation of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) into Estonian*. Magistritöö, Tartu Ülikool.

Kastepõld, K. (1998). *Empaatia: mõõtmine ja seda kujundavad tegurid*. Magistritöö, Tartu Ülikool.

Kimonis, E. R., Branch, J., Hagman, B., Graham, N., Miller, C. (2013). The psychometric properties of the Inventory of Callous–Unemotional Traits in an undergraduate sample. *Psychological Assessment*, 25(1), 84-93.

Kreger, R. (2010). *Can Borderline Individuals Show Empathy? Stop Walking on Eggshells: Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder* (2. Ed.). Oakland: New Harbinger.

Lamm, C., Batson, C. D., Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42– 58.

Leiberg, S., Anders, S. (2006). The multiple facets of empathy: A survey of theory and evidence. Artiklist S. Anders, G. Ende, M. Junghoffer, J. Kissler, D. Wildgruber (toim-d.), *Understanding emotions*, 156, 419–440.

Maaailma Tervishoiuorganisatsioon. (1992). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tõlge eesti keelde, TÜ psühhiaatria kateeder, 1993. Tartu: Tartu Ülikool.

Magidson, J. F., Collado-Rodriguez, A., Madan, A., Perez-Camoirano, N. A., Galloway, S. K., Borckardt, J. J., Campell, W. K., Miller, J. D. (2012). Addressing Narcissistic Personality Features in the Context of Medical Care: Integrating Diverse Perspectives to Inform Clinical Practice. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 196– 208.

Marcus, D. K., Fulton, J. J., Edens, J. F. (2013). The Two-Factor Model of Psychopathic Personality: Evidence From the Psychopathic Personality Inventory. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 67–76.

Marsh, A. A., Cardinale, E. M. (2012). Psychopathy and Fear: Specific Impairments in Judging Behaviors That Frighten Others. *Emotion*, 12(5), 892–898.

Morf, C. C. (2006). Personality reflected in a coherent idiosyncratic interplay of intra- and interpersonal self-regulatory processes. *Journal of Personality*, 76, 1527–1556.

Moyers, T. B., Miller, W. R. (2012). Is Low Therapist Empathy Toxic? *Psychology of Addictive Behaviours*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0030274.

- Murphy, D. (2010). *Psychotherapy as mutual encounter: A study of therapeutic conditions*. Doktoritöö. Loughborough University. (https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/bitstream/2134/6627/3/David%20Murphy_PhD%20Thesis.pdf 28.04.2015).
- New, A. S., Rot, M. A., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S. R., Koenigsberg, H. W., Hazlett, E. A., Goodman, M., Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26, 660–675.
- Padilla-Walker, L. M., Christensen, K. J. (2011). Empathy and self regulation as mediators between parenting and adolescents' prosocial behavior toward strangers, friends, and family. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 545– 551.
- Paulhus, D. L., Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556–563.
- Pickard, H. (2011). Responsibility Without Blame: Empathy and the Effective Treatment of Personality Disorder. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 18(3), 209-223.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., Levy, K. N. (2009). Initial Construction and Validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.
- Preston, S. D., de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1– 20.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250–255.
- Rannu, M. (2009). *Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustiku (SNAP) teise eesti versiooni uuring*. Magistritöö, Tartu Ülikool.
- Ripoll L. H., Snyder, R., Steele, H., Siever L. J. (2013). The neurobiology of empathy in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 344.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Ruter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C. H., Heekeren, R., Roepke, H. S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241–247.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Scanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., Nielsen, G. H. (2011). The Relationship Between Activating Affects, Inhibitory Affects, and Self-Compassion in Patients With Cluster C Personality Disorders. *Psychotherapy, 48*(3), 293-303.
- Skodol, A. E., Bender, D. S. (2009). The Future of Personality Disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry, 166*, 388–391.
- Sze, J. A., Gyurak, A., Goodkind, M. S., Levenson, R. W. (2012). Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life. *Emotion, 12*(5), 1129-1140.
- Strupp, H. H. (1992). The Meaning of Empathy: Reply to Maryhelen Snyder. *Psychotherapy, 29*(2), 323-324.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*, 440-488.
- Taylor, C. T., Lapsa, J. M., Alden, L. E. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *Journal of Personality Disorders, 18*, 571– 594.
- Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D., Sulik, M. J. (2013). The relations of ego-resiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across early childhood. *Emotion, 13*(5), 822-831.
- Thoma, P., Friedmann, C., Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews, 37*, 448-470.
- Truax, C. B., Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Hawthorne, New York: Aldine Publishing, 44-58.
- Truax, C. B. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. In Wisconsin Psychiatric Institute Discussion Paper 20. Madison, WI, Wisconsin.
- Tyrer, P. (2014). Time to choose – DSM-5, ICD-11 or both? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3*, 5-8.

Wai, M., Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52, 794–799.

Wynn, R., Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy. Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38, 1385-1397.

Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314– 321.

Tänuõnad

Täna siiralt oma juhendajat Maie Kreegipuud ja kaasjuhendajat Andres Kaerat nähtud vaeva, õpetussõnade ja toetuse eest.

Lisaks olen väga tänulik Iris Vellingule ja Maarja-Liisa Oitsalule antud abi ja nõuannete eest.

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Karmen Vool,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihlitsentsi) enda loodud teose
ISIKSUSHÄIRETELE OMASTE JOONTE SEOS EMPAATIAGA NING SELLE MÕJU
TERAPEUTILISELE SUHTELE,

mille juhendaja on Maie Kreegipuu,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
 3. kinnitan, et lihlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **25.05.2015**