

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Imbi Suun

**ANTISOTSIAALSE ISIKSUSEHÄIRE SKAALA VALIDEERIMINE SNAP-2
TESTIS**

Magistritöö

Juhendajad: Maie Kreegipuu, Andres Kaera
Läbiv pealkiri: SNAP-2 antisotsiaalne isiksusehäire

Tartu 2014

Sisukord

Sisukord.....	2
Kokkuvõte	3
Abstract	3
Sissejuhatus	4
I OSA. ISIKSUSEHÄIRETE HINDAMINE JA ANTISOTSIAALNE ISIKSUSEHÄIRE, ÜLEVAADE JA PROBLEEMID.....	4
Isiksusehäirete hindamise ja diagnoosimise mudelid.....	4
SNAP-2 isiksusehäirete hindamisvahendina.....	5
Antisotsiaalse isiksusehäire iseloomulikud jooned ja diagnostilised kriteeriumid.....	6
<i>Iseloomulikud jooned.....</i>	7
<i>Levimus.....</i>	8
<i>Riskifaktorid ja antisotsiaalse isiksusehäire kulg.....</i>	8
<i>Komorbiidsus.....</i>	9
<i>Diferentsiaaldiagnostika.....</i>	10
<i>Diagnostilised kriteeriumid.....</i>	11
Antisotsiaalne isiksusehäire SNAP-2 testis.....	13
II OSA. ANTISOTSIAALSE ISIKSUSEHÄIRE SKAALA VALIDEERIMINE SNAP-2 TESTI EESTI VERSIOONIS.....	14
Uurimisküsimused.....	14
Meetod	14
<i>Mõõtevahendid</i>	14
<i>Valim</i>	15
<i>Protseduur</i>	15
Tulemused	15
<i>Kirjeldav statistika.....</i>	15
<i>Antisotsiaalse isiksusehäire skaala psühhomeetrilised omadused.....</i>	16
<i>Antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed teiste SNAP-2 skaaladega.....</i>	19
<i>SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed IPDE intervjuu ning IPDE sõelküsimumustikuga</i>	23
Arutelu	26
Viited.....	30
Tänuõnad	33

Kokkuvõte

Magistritöö on osa Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustiku teise variandi (SNAP-2, *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2*, Clark, Simms, Wu ja Casillas, 2009) eesti keelde adapteerimise projektist ning keskendub antisotsiaalse isiksusehäire skaala valideerimisele. Töö eesmärgiks oli kontrollida SNAP-2 eesti versiooni antisotsiaalse isiksusehäire skaala reliaablust ja valiidsust ning seoseid teiste SNAP-2 skaaladega.

Töö tulemustest ilmses antisotsiaalse isiksusehäire skaala hea sisemine ühtsus patsientide valimil Cronbachi α 0,86 ja rahuldav üldvalimil 0,76. Antisotsiaalne isiksusehäire on seotud teiste B-klastri (piirialane, histriooniline, nartsissistlik) isiksusehäiretega, mõõdukas korrelatsioon ilmses ka paranoilise isiksusehäirega. SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala omas ootuspäraseid korrelatiivseid seoseid manipulatiivsuse, impulsiivsuse, pidurdamatuse ning agressiivsusega. Regressioonanalüüsi tulemusel saab isiksusejoontest antisotsiaalse isiksusehäire oluliseks ennustajaks pidada agressiivsust.

Märksõnad: antisotsiaalne isiksusehäire, isiksusehäired, SNAP-2

Abstract

Validating the Antisocial Personality Disorder scale in the second Estonian version of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2).

The Master Thesis is a part of the adaptation of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2; Clark, Simms, Wu, Casillas, 2009) into Estonian. It has the focus on the examining the psychometric properties and validation of Antisocial Personality Disorder (ASPD) subscale of Estonian version of the SNAP-2. The ASPD subscale demonstrated good reliability in selected samples. The subscale had strong positive correlations with the Cluster B personality disorders and also with Paranoid Personality Disorder. Among personality traits Aggression is the best predictor of Antisocial Personality Disorder and the ASPD subscale had also significant correlations with manipulateness, dishinibition, impulsivity and aggression.

Key words: Antisocial Personality Disorder (ASPD), Personality Disorders, SNAP-2

Sissejuhatus

Isiksusehäirete puhul on tegemist äärmuslike või oluliste kõrvalekalletega kultuuri keskmise inimese tajumise, mõtlemise, tunnete ja eriti suhete laadist (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1995). Isiksusehäired on levinud psüühikahäired, mis tekitavad olulist distressi ning raskusi igapäevaelus nii inimesele endale kui tema lähedastele, ning on seotud ka mitmete sotsiaalsete probleemidega nagu kodutus, alkoholism, laste väärkohtlemine, kriminaalsus, HIV levik, õnnetused, avariid (Dawson ja Grounds, 1995). Isiksusehäired on sageli komorbiidsed teiste psüühikahäiretega ning kaasuvate häirete kulgu ja prognoosi mõjutab isiksusehäire olemasolu kehvas suunas (Moran, 1999). DSM III ilmumise ning II telje loomisega 1980. aastal said isiksusehäired palju tähelepanu nii teadustöös kui kliinilises praktikas, alustati mõõtevahendite loomist isiksusehäirete hindamiseks ning diagnoosimiseks. Isiksusehäirete hindamisel kasutatakse enesekohaseid küsimustikke, teste ning struktureeritud kliinilisi intervjuusid (Banerjee, Gibbon ja Huband, 2009).

Käesoleva magistritöö esimene osa annab ülevaate antisotsiaalsest isiksusehäirest, isiksusehäirete hindamise probleemkohtadest ja SNAP-2 testist kui isiksusehäirete hindamise vahendist. Keskendutakse antisotsiaalse isiksusehäire kirjeldamisele, antakse ülevaade antisotsiaalse isiksusega kaasnevatest probleemidest ning käsitletakse komorbiidsuse küsimust. Töö teises osas uuritakse SNAP-2 testi Eesti versiooni antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisemist ühtsust ning seoseid teiste SNAP-2 skaaladega ja kontrollitakse antisotsiaalse isiksusehäire skaala valiidsust IPDE intervjuu ning IPDE sõelküsimustikuga (IPDE, The ICD-10 International Personality Disorder Examination; Loranger, Janca, Sartorius, 1997).

I OSA. ISIKSUSEHÄIRETE HINDAMINE JA ANTISOTSIAALNE ISIKSUSEHÄIRE, ÜLEVAADE JA PROBLEEMID

Isiksusehäirete hindamise ja diagnoosimise mudelid

Käesolevalt kasutavad nii RHK kui DSM isiksusehäirete hindamisel kategooriaalset perspektiivi, mille kohaselt isiksusehäired on kvalitatiivselt erinevad kliinilised sündroomid (APA, 2013). See tähendab, et isiksusehäire olemasolu kohta tehakse selle põhjal, kas

minimaalne nõutud diagnostiliste kriteeriumite arv on täidetud. Sümptomite arv ei väljenda isiksusehäire raskust või ulatust, ainult tõenäosust, et isiksusehäire on patsiendil olemas. Kategooriaalne süsteem on saanud kriitika osaliseks, kuna sellega seonduvad mitmed probleemid isiksusehäirete hindamisel ja diagnoosimisel. Esiteks esineb isiksusehäirete vahel kõrge komorbiidsus, suur osa isiksusehäiretega patsientidest saab atüüpilise või segatüüpi isiksusehäire diagnoosi. Teiseks läheb palju kliiniliselt olulist informatsiooni kaduma, kui patsient ei täida isiksusehäire diagnostilisi kriteeriume. Kolmandaks puuduseks on heterogeensus diagnostiliste gruppide sees (diagnoosi saamiseks võib piisata vaid kolme kriteeriumi täitmisest seitsmest, seega on võimalikud paljud erinevad komplektid ühest samast häirest) (Clark, Simms, Wu & Casillas, 2009).

Dimensionaalse lähenemise korral asuvad normaalne ja patoloogiline isiksus ühel kontinuumil, mistõttu isiksusehäireid käsitletakse isiksusejoonte kohanematute ja äärmuslike variantidena. Vaatamata puudustele säilitati kategooriaalne süsteem ka DSM-i viimases, viiendas väljaandes (American Psychiatric Association [APA], 2013). Arutelude tulemusel otsustati võtta küll alternatiivina kasutusele dimensionaalne-kategooriaalne hübriidmudel, mis sisaldab endas nii häire kui isiksusejoonte hindamist. Innovaatiline hübriidmudel on paigutatud DSM-5 lissasse. Selle mudeli alusel on isiksusehäire aluseks kahjustused isiksuse funktsioneerimises ning patoloogilised isiksuseomadused. Hübriidmudel eristab kuut isiksusehäiret: antisotsiaalne, vältiv, piirialane, nartsissistlik, obsessiiv-kompulsiivne ja skisotüüpne.

Kui patsiendi isiksusega seotud funktsioneerimine on oluliselt häirunud, kuid kahjustuste muster ei kattu ühegi eelpoolnimetatud kuuest häiretest, on võimalik patsiendil diagnoosida isiksushäiret täpsustatud joontega (*Personality Disorder Trait Specified, PDTS*) Selle diagnoosiga kaasneks patsienti enim iseloomustavate düsfunktsionaalsete isiksusejoonte välja toomine (APA, 2013).

SNAP-2 isiksusehäirete hindamisvahendina

Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustik – SNAP-2 (*The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2*; Clark, trükis) on faktoranalüütiliselt loodud vahend isiksusehäirete seisukohalt oluliste isiksusejoone hindamiseks. Tegemist on enesekohase küsimustikuga, mis koosneb 390st dihhotoomsest väitest. Test sisaldab kolme tüüpi skaalasiid: temperamendi- ja isiksusejoonte skaalad, isiksusehäirete diagnostilised skaalad ning valiidsusskaalad. Kolm temperamendi- ja kaksteist isiksusejoonte skaalat hindavad testitaitja temperamenti ja isiksuseomadusi. Temperamendiskaalad mõõdavad üldisemaid afektiivseid

tunnuseid, mis omakorda seonduvad konkreetsete isiksusejoontega. Testitegijaid hinnatakse erinevatel isiksusejoonte skaaladel, mis esindavad isiksuse funktsioneerimisega seotud probleemvaldkondi. Kaksteist isiksusehäirete skaalat annavad iga DSM-IV isiksusehäire kohta skoori (Clark jt, trükis). Seitse valiidsusskaalat võimaldavad saada infot testitaitja vastamise stiili ning hoiakuid testi täitmise kohta. Need aitavad kindlaks teha profiile, mis on mõjutatud hooletust vastamisest (VRIN), nõustuvast või kaitsvast vastamisstiilist (TRIN), sotsiaalselt soovitatavast vastamisest (DRIN), soovist näidata end väga vooruslikuna (RV) või deviantsena (DEV). Üldine valiidsusindeks (II) arvutatakse eelnimetatud valiidsusskaalade põhjal (Rannu, 2009). SNAP-2 on lisatud ka valiidsusskaala, mis hindab haruldast ja sotsiaalsest normist kõrvalekalduvat käitumist testi lõpuosa väidete abil (BDEV). See valiidsusskaala võib anda infot ka väsimise või tüdimuse kohta testi täitmisel.

Kuna SNAP-2 võimaldab lisaks isiksusejoontele hinnata ka DSM-IV isiksusehäirete olemasolu, annab see võimaluse uurida seoseid isiksusejoonte ja isiksusehäirete vahel ning vaadelda isiksusejoonte dimensionaalsust kontiinumil normaalne-patoloogiline. Testitegijaid hinnatakse erinevatel isiksusejoonte skaaladel, mis esindavad isiksuse funktsioneerimisega seotud probleemvaldkondi. Lisaks isiksusejoontele võimaldab SNAP-2 hinnata ka DSM-IV isiksusehäirete olemasolu. SNAP-2 on oluline alternatiiv isiksusehäirete kategoriaalsele hindamisele (Clark, 1993).

SNAP testi eesti keelde adapteerimisega alustati 2005. aastal ning käsolevaks hetkeks on kontrollitud SNAP esimese (Kaera, 2008) ning teise (SNAP-2) versiooni psühhomeetrilisi omadusi (Rannu, 2009) ning loodud on SNAP-2 esialgsed eesti normid (Lust, 2010). Käimas on SNAP-2 eesti versiooni valiidsuse kontrollimine, mille üks osa on ka käesolev magistritöö.

Antisotsiaalse isiksusehäire iseloomulikud jooned ja diagnostilised kriteeriumid

Isikuid, kes korduvalt panevad toime impulsiivseid, antisotsiaalseid ning ennast kahjustavaid tegusid, kuid samas paistavad olevat täie mõistuse juures, kirjeldati psühhiaatrias täpsemalt 18.–19. sajandil (Lynam ja Vachon, 2012). Psüühikahäirete klassifikatsioonisüsteemides on antisotsiaalsel isiksusel olnud koht esimestest väljaannetest alates, kuigi muudetud on isiksusetüübi nimetust ning modifitseeritud diagnostilisi kriteeriume. Antisotsiaalne isiksusehäire (*Antisocial Personality Disorder* – ASPD) tänapäevasel kujul sõnastati DSMi kolmandas väljaandes (APA, 1980), mis tõi kaasa nihke käitumispõhisele

konseptualiseerimisele - kirjeldavaks tunnuseks sai vastutustundetu ja õigusvastane käitumine algusega enne 15. eluaastat, mis jätkub täiskasvanueani (Cale & Lilienfeld, 2002).

Kuna ASPD definitsioon paneb rõhku antisotsiaalsetele tegudele, siis on seostatakse seda isiksusehäiret enim kriminaalsusega. Õigusvastase käitumise liigse rõhutamise pärast on saanud ASPD kriteeriumid kriitika osaliseks, kuna seetõttu võib see isiksusehäire olla õigussüsteemis ülediganoositud ning tavapopulatsioonis aladiagnoositud. Uuringutulemustest on ilmnenu, et kriminaalkaristus ei ole parim antisotsiaalse isiksusehäire ennustaja, pigem on häire peamisteks väljendusteks töö-ja abieluprobleemid ning vägivaldsus, mitte kriminaalsus (Dawson ja Grounds, 1995). Kui kriminaalkaristus oleks olulisim ASPD ennustaja, siis oleksid enamus kinnipeetavad vanglas antisotsiaalse isiksusehäirega, kuid erinevate uuringute kohaselt jääb ASPD esinemissagedus kinnipidamisasutustes vahemikku 11–78% (Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer ja Smith, 2002). Samuti on leitud, ASPD diagnostilised kriteeriumid täitnud isikutest omavad olulisi kriminaalkaristusi vähem kui pooled (Coid ja Ullrich, 2010). Seega pole kõik kurjategijad antisotsiaalse isiksusehäirega ning kõik antisotsiaalsed isiksused ei ole kriminaalkorras karistatud.

Iseloomulikud jooned

Antisotsiaalne isiksusehäire kuulub koos histrioonilise, nartsissistliku ja piirialase isiksusehäirega DSM-is B-klastrisse, mis koondab isiksusehäired, millele on iseloomulik dramaatilisus, emotsionaalsus või ebastabiilsus (APA, 2013).

Antisotsiaalset isiksusehäiret iseloomustab enesekesksus, teiste soovide, õiguste ja tunnete eiramine. Nad on sageli valelikud ja manipuleerivad, et saada isiklikku kasu või rahuldust (nt raha, seksi, võimu). Sellel eesmärgil võivad nad korduvalt valetada, kasutada valenimesid, teisi petta ja teeselda. Iseloomulikuks on impulsiivne tegutsemine, otsuseid tehakse hetkemeleolu ajal, kaalumata tagajärgi enda ja teise jaoks. Selle tulemusel ei suuda nad hoida ka püsivaid töö-ja elukohti ning suhteid. Antisotsiaalsed isiksused kipuvad olema ärrituvad ja agressiivsed, nad võivad teisi füüsiliselt rünnata (sh. perevägivald), korduvalt kaklustesse sattuda. ASPD-ga inimesed näitavad üles vähe kahetsust: nad võivad olla ükskõiksed või ratsionaliseerida teiste väärkohtlemist, vigastamist või varastamist, kalduvad süüdistama enda ohvreid („elu ongi ebaõiglane“, „kui mina poleks seda võtnud, oleks keegi teine“ „lollidelt tulebki ära võtta“). Nad vähendavad enda tegude kahjulikke tagajärgi või väljendavad lihtsalt ükskõiksust nende suhtes. Sageli puudub nendel isikutel empaatia ning nad kalduvad olema kalgid ning küünilised, isegi põlglikud teiste inimeste tunnete, õiguste ja kannatuste suhtes.

Nende suhtumine võib olla ülbe ning ülemääraselt hinnanguline, nad võivad olla kõrge enesehinnanguga ning enesekindlad, pealiskaudselt sarmikad ja libekeelsed inimesed.

ASPD-ga isikud kipuvad üldiselt olema püsivalt ja äärmuslikult vastutustundetud: vaatamata võimalustele ei oma nad püsivat töökohta, puudvad põhjendamatult töölt, ütlevad töökohta üles ilma realistliku plaanita uue töö leidmiseks. Samuti jätavad nad sageli täitmata enda rahalised kohutused ning tasumata võlgnevused. Lapsevanemadena võivad nad jätta oma lapsed hooletusse, kulutavad näiteks enda tarbeks ära kogu majapidamisraha. Hoolimatu on suhtumine ka enda ja teise ohutusse, mis väljendub mootorsõiduki juhtimiskäitumises (pidev kiiruseületamine, jooles juhtimine, õnnetustesse sattumine), seksuaalelus (prostitutsioon, HIV levik) ning uimastite tarvitamises. ASPDga isikud ei suuda kohaneda sotsiaalsete normidega, sellest tulenevalt käituda ka seaduskuulekalt. Nad võivad korduvalt toime panna tegusid, mille eest võidakse arreteerida (APA, 2013).

ASPDga isikute hulgas eksisteerib märkimisväärne heterogeensus, kuna DSM-i alusel saab antisotsiaalset isiksusehäiret diagnoosida juba kolme kriteeriumi olemasolul (Moeller ja Dougherty, 2001).

Levimus

Üldpopulatsioonis tuleb antisotsiaalset isiksusehäiret ette 0,2–3,3% (APA, 2013). Esinemissagedus kliinilistes valimites varieerub 3 ja 30% vahel (APA, 2000), veelgi kõrgem on see sõltuvushäirete ravikeskustes ning kinnipidamisasutustes – 70% (APA 2013). Fazeli ja Daneshi (2002) ülevaateartikli põhjal on 47% meesvangidest ning 21% naistest vanglates antisotsiaalse isiksusehäirega. See häire on esindatud nii meeste kui naiste hulgas, kuigi meeste seas on see rohkem levinud: naistel esineb antisotsiaalset isiksusehäiret 2–3 korda vähem kui meestel nii tavapopulatsioonis, kliinilises praktikas kui kinnipeetavate seas (Cale ja Lilienfeld, 2002). Rohkem esineb seda diagnoosi noorte meeste hulgas (alla 45 a). Seoseid on leitud ka madala sotsiaalmajandusliku staatuse, linnakeskkonna, kodutusega (APA, 2013; Dawson ja Grounds 1995).

Riskifaktorid ja antisotsiaalse isiksusehäire kulg

ASPD väljakujunemisel peetakse oluliseks geenide ja keskkonna interaktsiooni. Laste temperamendiuuringutest nähtub, et alakontrollitud temperamenditüübiga (ärrituvad ja impulsiivsed) lapsed olid 3 korda tõenäolisemalt 21-aastaselt ASPD diagnoosiga ja 2 korda tõenäolisemalt retsidiivsed kurjategijad võrreldes kontrollgrupiga. Sellistel lastel on ka 4,5 korda kõrgem risk saada kriminaalkorras karistatud vägivaldse teo eest (Moran, 1999).

Uuringud on leidnud, et enamusel ASPDga inimestest esinesid lapseas käitumishäired (Moran, 1999). Mida varasema algusega on käitumishäired (enne 10. ea), seda suurem tõenäosus täiskasvanueas ASPD kujunemiseks, eriti kui lapsena kaasub aktiivsus-tähelepanuhäire (APA, 2013). Täiskasvanuea antisotsiaalsed käitumist enunstavad ka antisotsiaalse käitumise varane algus, suurem variatiivus ning sagedus (Dawson ja Grounds, 1995; Moran, 1999) ning käitumishäire sümptomite arv (Simonoff jt, 2004).

Kuigi antisotsiaalsele isiksusehäirele eelneb lapsea käitumishäire, ei kujune kõik käitumishäirega noored antisotsiaalse isiksusehäirega inimesteks. Kuskil 1/3 jätkub antisotsiaalne käitumine ka täiskasvanueas (Moran, 1999). Mitmed antisotsiaalsed jooned võivad olla päriliku taustaga, kuid väärkohtlemine, hülgamine ning ebastabiilne vanemlik stiil suurendavad tõenäosust, et käitumishäire areneb antisotsiaalseks isiksusehäireks (APA, 2013). McMurrin ja Howard (2009) viitavad, et tavapopulatsiooniga võrreldes on kriminaalkaristuse olemasolu 10 korda ning vanglakaristuse olemasolu 8 korda tõenäolisem B-klastri isiksusehäiretega indiviididel. Isiksusehäiretest on vägivallaga tugevaim seos ASPD-l, mis on ootuspärane, kuna agressiivsus on ka üks ASPD diagnostiline kriteerium (McMurrin ja Howard, 2009).

ASPD on kroonilise kuluga, kuid võib inimese vananedes taanduda, eriti peale 40 eluaastat (APA, 2013). Kuigi arvatakse, et vanusega kriminaalne aktiivsus ning antisotsiaalne käitumine väheneb, siis paljud autorid ei ole sellega päris nõus. Black kolleegidega uuris üle 60 aasta vanuseid antisotsiaalse isiksusehäirega mehi. Nendest 26,6 % oli antisotsiaalne käitumine aja jooksul vähenenud, kuid 42,2% ei olnud paranenud (Black, Baumgard ja Bell, 1995). Enneaegset suremust peetakse üheks teguriks, mille tõttu on ASPD määr vanemate inimeste hulgas madalam (Repo-Tiihonen, Virkkunen ja Tiihonen, 2001). Enneaegse suremuseni viib antisotsiaalsel isikul riskeriv eluviis, elamustejanu ning vähene mure enda ja teiste suhtes (Rotgers ja Maniaci, 2006). Kui Soomes uuriti antisotsiaalsete isikute elu prospektiivselt, leiti et nende isikute suremus on tavapopulatsiooniga võrreldes 5–9-kordne ning keskmine surmavanus 41 eluaastat. Enneaegse suremuse põhjuseks on enesetapud, õnnetused, uimastite kuritarvitamine ning mõrvad (Repo-Tiihonen jt, 2001).

Komorbiidsus

Kuigi raskemaid antisotsiaalse isiksusehäire vorme võib iseloomustada ärevuse puudumine, kogevad siiski paljud antisotsiaalsed isikud pingetunnet, depressiooni sümptomeid, võimetust igavust taluda, düsfooriat (Dawson ja Grounds, 1995). Antisotsiaalse isiksusehäirega võivad kaasuda ärevus- ja meeleoluhäired, sõltuvusprobleemid, somatisatsioonihäired, patoloogiline

hasartmängimine ning teised impulsikontrollihäired (APA, 2013). Tõsiseks probleemiks antisotsiaalsete isikute seas on aga alkoholi ja narkootikumidega seotud psüühika- ja käitumishäired. Väidetavalt kuni 70%-l sõltuvushäirega isikul on kaasuv isiksusehäire diagnoos ja antisotsiaalne isiksusehäire esineb nendest 46%-l (Magnavita, 2004). Isiksusehäirega inimesed pöörudvadki ravile pigem kaasuva psüühikahäire kui isiksusehäire tõttu (Benjet, Guilherme ja Medina-Mora, 2008) või otsitakse abi välisel surveel. Antisotsiaalse isiksusehäirega inimesed ise on raviks vähemotiveeritud (või ainult kindla kasu tõttu – näiteks kriminaalhoolduses silma paista või saada kätte retseptravim) (Beck ja Freeman, 2004).

Diferentsiaaldiagnostika

Sageli kaasnevad antisotsiaalse isiksusehäirega teised, tõenäoliselt just B-klastri isiksusehäired (Rotgers & Maniaci, 2006). Ka DSM hinnangul on ASPD-ga indiviididel teiste isiksusehäirete joonte esinemine tavaline, eriti piirialase, histrioonilise ja nartsissistliku isiksusehäire omad (APA, 2013).

Antisotsiaalse ja nartsissistliku isiksusehäirega inimesed on mõlemad libekeelsed, pealiskaudsed, ärakasutajad ja empaatiavõimetud. Samas ei ole nartsissistlikule isiksusehäirele omane impulsiivsus, agressiivsus ning pettus, neil ei ole enamasti esinenud lapsepõlve käitumishäireid ning kriminaalset käitumist täiskasvanueas. ASPD-ga isikutele ei ole teiste imetlus nii ihaldusväärne kui nartsissistitele.

Histrioonilise isiksusega on ühine kalduvus käituda impulsiivselt, võrgutavalt ja manipuleerivalt, lisaks iseloomustab mõlemaid isiksusehäireid pinnapealsus, elamustejanu, hoolimatus. Histrioonikud on aga oma emotsioonidega liialdavamad ning tavaliselt ei käitunud antisotsiaalselt. Histrioonilise ning piirialase isiksusehäirega isikute manipulatsiooni eesmärk on hoolitsuse saamine, kuid antisotsiaalsed isiksused manipuleerivad raha, võimu või muu kasu saamiseks.

ASPD-ga indiviididel esineb rohkem agressiivsust ning nad on vähem emotsionaalselt ebastabiilsed kui piirialase isiksusehäirega inimesed. Parise ja kolleegide hinnangul on piirialasele ning antisotsiaalsele isiksusehäirele mõlemale omane pidurdamatus ning antagonism, kuid peamine erinevus on piirialasele isiksusele omane negatiivne afektiivsus ehk emotsionaalne ebastabiilsus (Paris, Chenard-Poirier ja Biskin, 2013).

Kuigi antisotsiaalset käitumist võib ette tulla ka paranoilise isiksusehäirega inimestel, ei ole paranoilise isiksusehäire puhul sellise käitumise eesmärgiks kasu saamine või teiste ära kasutamine nagu ASPD puhul, pigem ajendab soov kätte maksta.

Ettevaatlik tuleb olla vaid käitumuslike ilmingute arvestamisel ASPD diagnoosimisel sõltlaste seas, kuna ASPD ja sõltuvushäirete käitumuslikud sümptomid kattuvad – ainete tarvitamine on sageli seotud õigusvastase käitumisega. Kui antisotsiaalne käitumine täiskasvanueas on seotud sõltuvushäiretega, on ASPD diagnoosimise aluseks juba lapsena ilmnunud antisotsiaalsus. Iga antisotsiaalne käitumine ei ole isiksusehäire. Antisotsiaalse isiksusehäire puhul on tegemist isiksuseomadustega, mis on pändumatud, kohanematud ja püsivad ning põhjustavad märkimisväärseid häireid toimetulekus või subjektiivset distressi (APA, 2013). Kuna valelikkus ja manipuleerimine on antisotsiaalse isiksuse iseloomulikud jooned, tuleks diagnoosimisel integreerida erinevaid kliinilisi hinnanguid ning otsida teavet lisaallikatest (APA, 2013).

Antisotsiaalne isiksusehäire ja psühhopaatia

Paralleelselt antisotsiaalse (DSM) ning düssotsiaalse isiksusehäire (RHK) mõistega on kasutusel ka mitteametlik termin - psühhopaatia. Psühhopaatia all mõistetakse sündroomi, mis rõhutab pigem hälbinud isiksusejooni ning afektiivseid häireid kui kriminaalset ja vastutustundetut käitumismustrit (Paris jt., 2013). Robert Hare loodud konstrukt sisaldab antisotsiaalse, nartsissistliku ja piirialase isiksusehäire jooni. Coid ja Ullrich (2010) hindasid vastavate mõõdikutega nii antisotsiaalse isiksusehäire kui psühhopaatia esinemist vangide hulgas. Kinnipeetavatest said ASPD diagnoosi 45%, kellest omakorda 32% klassifitseeriti psühhopaatideks. Psühhopaatiliste joontega antisotsiaalsetel isikutel esinesid komorbiidsena skisoidne ja nartsissistlik isiksusehäire, neid iseloomustasid raskemad käitumishäired ja vägivaldsemad kuriteod. Autorite järelduse kohaselt on psühhopaatia näol tegemist ASPD raskeima vormiga, mida iseloomustab kõrgem vägivaldsusrisk (Coid & Ullrich, 2010).

Võib ilmned, et kinnipeetav on identifitseeritud psühhopaadina, kuid mitte vastata ASPD diagnostilistele kriteeriumitele. Sellisel juhul ei pruugi psühhopaatia moodustada konkreetset osa antisotsiaalsest isiksusehäirest, pigem on tegemist mingil määral kattuvate konstruktiividega (Huchzermeier, Geiger, Bruß, Godt, Köhler, Hinrichs, Aldenhoff, 2007). Eeltoodust saab järeldada, et kuigi antisotsiaalsel isiksusehäirel ja psühhopaatial on ühiseid jooni, ei saa neid pidada sünonüümideks.

Diagnostilised kriteeriumid

DSM-i järgi on ASPD keskne joon teiste õiguste püsiv eiramine ja rikkumine, mis saab alguse lapsepõlves või varases teismeeas ning jätkub täiskasvanueas. Teistest isiksusehäiretest on erinev vanuse nõue diagnoosi panemiseks – isiku vanus vähemalt 18 aastat ning peavad olema

viited käitumishäire esinemisest enne 15. eluaastat. Käitumishäire all peetakse silmas korduvat ja püsivat antisotsiaalset käitumist, mida kirjeldatakse nelja kategooria abil: agressioon inimeste ja loomade vastu, vara lõhkumine, vargus või valelikkus, tõsine reeglite rikkumine (APA, 2013). RHK-10 defineerib düssotsiaalset isiksust isiksusehäirena, mis torkab tavaliselt silma ränkade vastuolude tõttu inimese käitumise ja valitsevate sotsiaalsete normide vahel. Diagnoosi võib kinnitada lapse- ja noorukieas esinenud käitumishäire, kuid see ei ole nõutud kriteerium (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1995).

Antisotsiaalne isiksusehäire diganostilised kriteeriumid DSM-5 järgi (307.1):

A. Püsiv hoolimatus ning teiste õiguste rikkumine, mis esineb 15. eluaastast alates ning väljendub vähemalt kolmes (või rohkem) järgnevas:

1. Võimetus kohaneda sotsiaalsete normidega, käituda seaduskuulekalt, mis avaldub korduvate õigusvastaste tegude toimepanemises, mille eest oleks võinud arreteerida;
2. Valelikkus, mis väljendub korduvas valetamises, valenimede kasutamises või teiste petmises isikliku kasu või lõbu eesmärgil;
3. Impulsiivsus või võimetus ette planeerida;
4. Ärrituvus ja agressiivsus, mis väljendub korduvates füüsilistes rünnakutes või kaklustes;
5. Hooletu käitumine iseenda või teiste ohtupanemisega;
6. Püsiv vastutustundetetus, mis seisneb suutmatusena korduvalt püsivat töökohta pidada või rahalisi kohustusi täita;
7. Kahetsuse puudumine, mis ilmneb ükskõiksuses või eneseõigustamises, kui on teistele viga teinud, neid väärkohelnud või varastanud

B. Isik on vähemalt 18 aastat vana

C. Enne 15-aastaseks saamist on esinenud käitumishäired

DSM antisotsiaalse isiksuse kriteeriumid peegeldavad Costa ja McCrae Viie-faktori isiksusetooria järgi madalat meelegendlust ja sotsiaalsust. Viie Faktori mudeli kohaselt iseloomustab antisotsiaalset isiksusehäiret kõrge viha ja elamustejanu ning moraalsuse, altruistlikkuse, koostöövalmiduse, kaastundlikkuse, kohustundlikkuse, enesedistsipliini ning ettevaatlikkuse madal tase (Costa ja Widiger, 2002).

Antisotsiaalse isiksusehäire tunnusteks DSM-5 hübriidmudeli järgi on antagonism (manipulatiivsus, valelikkus, julmus, vaenulikkus) ja pidurdamatus (vastutustundetetus, impulsiivsus, riskeerimine) (APA, 2013).

Antisotsiaalne isiksusehäire SNAP-2 testis

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire alaskaala sisaldab 34 väidet: 23 nendest puudutavad DSM-IV antisotsiaalse isiksusehäire diagnostilisi kriteeriume ning ülejäänud 11 väidet uurivad käitumishäire olemasolu lapseas. Häireskaalal esindavad 2-4 väidet ühte diagnostilist kriteeriumi. Isik vastab antisotsiaalse isiksusehäire kriteeriumitele juhul, kui ta nõustub vajaliku arvu väidetega (Clark jt., trükis).

SNAP-2 testijuhendis (Clark jt., trükis) on patsientide ning üldvalimis antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisereliaablus vastavalt $\alpha = 0,82$ ja $\alpha = 0,83$. SNAP-2 isiksusejoontest on antisotsiaalse isiksusehäirega seotud pidurdamatus, impulsiivsus, agressiivsus ning manipulatiivsus. Käsiraamatus on samuti välja toodud selle häireskaala olulised seosed vastavate SNAP-2 isiksusejoonte skaaladega – kõige tugevamalt on antisotsiaalne isiksusehäire korreleeritud patsientide valimil pidurdamatusega ($r=0,56$), manipulatiivsusega ($r=0,43$), impulsiivsusega ($r=0,39$) (Clark jt., trükis).

Pidurdamatus peegeldab individuaalseid erinevusi kalduvuses käituda alakontrollitult versus ülekontrollitult. See dimensioon mõõdab käitumuslikku stiili, mille korral otsitakse erutavaid sündmusi või käitutakse lähtuvalt hetkelistest ideedest või tunnetest ning pööratakse vähe tähelepanu ohutusele, sotsiaalsele vastutusele või seaduslikkusele.

Manipulatiivsus peegeldab egotsentrilist valmidust teisi inimesi ära kasutada ning korra suhtes manipuleerivalt käituda isikliku kasu saamiseks hoolimata teiste õigustest või tunnetest või abstraktsetest ideaalidest nagu õiglus. See skaala mõõdab ka seda, mil määra inimene naudib teiste ärakasutamist ning suhtub sellesse käitumisse kui oskusesse.

Impulsiivsus mõõdab kalduvust käituda hetke ajel ilma suurema plaanita vastandina mõelda ja kaaluda enne käitumist. Kõrge skooriga isikud on hooletud, nad naudivad riskantseid tegevusi ning nad kulutavad raha ja aega oma hetkevajaduste ja ihade rahuldamiseks.

Agressiivsus mõõdab individuaalseid erinevusi viha kogemise ja agressiivse väljendamise sageduses ning intensiivsuses. Kõrge skooriga isikud vihastuvad kergesti ka väikese provokatsiooni peale, neil on raske oma viha kontrollida nii seesmiselt kui väliselt, nad püsivad vihased pikka aega, kuni vimma kandmise ja kättemaksu ihumiseni ning saavad vägivallast naudingut.

II OSA. ANTISOTSIAALSE ISIKSUSEHÄIRE SKAALA VALIDEERIMINE SNAP-2 TESTI EESTI VERSIOONIS

Uurimisküsimused

Käesoleva töö eesmärk on kontrollida antisotsiaalse isiksusehäire skaala reliaablust ja valiidsust ning uurida antisotsiaalse isiksusega seonduvaid skaalasisid SNAP-2 testis. Püstitati järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on antisotsiaalse isiksusehäire skaala psühhomeetriselised näitajad?
2. Millised seosed ilmnevad SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala ning IPDE intervjuu ja IPDE sõelküsimumustiku vahel?
3. Millised on SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed sisu-ja valiidsusskaaladega?

Meetod

Mõõtevahendid

Uurimuses kasutati SNAP (Clark, 1993; Clark jt., 2009) teist eesti versiooni (SNAP-2), IPDE-ICD-10 struktureeritud intervjuud isiksushäirete hindamiseks ning IPDE sõelküsimumustikku (IPDE, The ICD-10 International Personality Disorder Examinaton; Loranger jt., 1997). Testipaketti kuulusid veel emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2 (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, ja Leinsalu, 1999) ja NEPO-Y (Allik ja Realo, 1997), mille tulemusi käesolevas uurimises ei kasutatud.

IPDE struktureeritud kliinilise intervjuu moodul IPDE ICD-10 võimaldab hinnata kõigi RHK-10 isiksusehäirete diganostiliste kriteeriumite olemasolu intervjuueeritaval. Samuti saab iga uuritav isiksusehäire kohta dimensionaalse skoori, vaatamata sellele, kas isiksusehäire kriteeriumid on täidetud. IPDE-ICD-10 on tõenäoliselt Eestis hetkel kõige adekvaatsem ja enim kasutatav isiksushäirete hindamismeetod (Kaera, 2008).

IPDE intervjuu sõelküsimumustiku (IPDE-SQ) näol on tegemist sõeltestiga, mis mõõdab RHK-10 isiksusehäirete esinemist. Test koosneb 59 väitest, millele testitaitja annab vastuseid dihhotoomisel skaalal „õige“-„vale“. Iga küsimus sõelküsimumustikus vastab ühele RHK-10 isiksusehäire kriteeriumile. Iga isiksusehäire kohta on 5-7 küsimust ning kõrge punktiskoor häire skaalal viitab selle isiksusehäire võimalikkusele testi täitjal. Antisotsiaalsele isiksusehäire hindamiseks on küsimustikus 7 väidet. Tegemist ei ole küll isiksusehäirete

diagnostilise instrumendiga, kuid kaasajastatud diganostilise hindamisvahendite puudusel on IPDE-SQ sageli oluline abivahend isiksusehäirete hindamisel Eestis (Kaera, 2008).

Valim

Valim jagunes kaheks – üldpopulatsiooni esindav grupp ning patsientide grupp. Üldvalimi moodustas 500 inimest: 251 meest ja 249 naist vanuses 17–90 (keskmine vanus 46 aastat; *SD* 18,70). Üldvalim on kogutud lähtudes katses osalejate suhtarvust, mis on eraldi naiste ja meeste puhul iga vanusegrupi jaoks välja arvatud 2000. aastal Statistikaameti koostatud Eesti rahvastiku vanuselise jaotuse põhjal. Valim esindab Eesti elanikkonda proportsionaalselt selle vanuselisele jaotusele.

Patsientide valim koosnes 100st isikust: 50 naist ja 50 meest vanuses 17–55 (keskmine vanus 29 aastat; *SD* 9,05). Patsientidest 23 isikul oli diagnoositud mõni isiksusehäire (F60), lisaks olid valimis esindatud meeleoluhäired (F30), neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (F40) ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20). Kogutud andmete põhjal ei olnud antisotsiaalset isiksusehäiret (F60.2) diagnoositud ühelgi isikul. Patsientide testimine toimus erinevates psühhiaatriakliinikutes ja teistes vaimse tervise teenuseid osutavates asutustes üle Eesti.

Protseduur

Kõik uurimuses osalejad täitsid testipaketi vabatahtlikult endale sobival ajal ja kohas vastavalt kirjalikele ja suulistele juhistele. Patsientidest katseisikutega viidi läbi IPDE intervjuu ambulatoorse või statsionaarse raviseansi ajal. Kõik soovijad said tulemuste kohta tagasisidet. Andmete analüüsimiseks kasutati programmi SPSS for IBM.

Tulemused

Kirjeldav statistika

Esmalt uurisin nii patsientide kui üldvalimi SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala skooride. Antisotsiaalse isiksusehäire skaalal varieeriusid skoorid 0-st 30-ni, patsientidel jäävad need vahemikku 2-30 punkti ja üldvalimil 0-27 punkti. Patsientide keskmine skoor antisotsiaalse isiksusehäire skaalal on 10,98 (*SD*=6,49), üldvalimis 7,41 (*SD*=4,44), Antisotsiaalsuse tasemes esinevad patsientide ja üldgrupi vahel statistiliselt olulised erinevused. Esile tulevad ka sugudevahelised erinevused: meestel on antisotsiaalse isiksusehäire skaalal statistiliselt olulised ($p<0,001$) kõrgemad skoorid kui naistel. Meeste

keskmine antisotsiaalsuse skoor 9,67 ($SD=5,43$) ja naistel 6,15 ($SD=3,85$). Uurisin ka antisotsiaalsuse seost vanusega jagades uuritavad 4 vanusegruppi: 17-32-aastased ($N=233$), 33-48-aastased ($N=126$), 49-64-aastased ($N=122$) ning 65-aastased ja vanemad ($N=97$). Statistiliselt olulisusi ealisi erinevusi antisotsiaalsuse tasemes ei ilmne.

Antisotsiaalse isiksusehäire skaala psühhomeetrilised omadused

Antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisereliaablus patsientide valimil on 0,86 ning üldvalimil $\alpha = 0,76$. Lisaks vaatlesin antisotsiaalse isiksusehäire skaala üksikväidete korrelatsioone kogu skaalaga (Tabel 1). Patsientide valimis korreleerub antisotsiaalse isiksusehäire skaalaga kõige nõrgemini väide nr 311, mis on seotud DSM-IV antisotsiaalse isiksusehäire kahetsuse puudumise kriteeriumiga. Selle väite kustutamisel oleks Cronbachi α 0,87. Üldvalimil on kõige nõrgemalt seotud koguskaalaga väide nr 73, mis väljendab kriminaalsust. Selle väite kustutamisel oleks Cronbachi α 0,77. Ühegi väite eemaldamisel kummaski valimis antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisereliaablus märkimisväärselt ei tõuseks.

Kõige tugevamini korreleerub nii patsientide kui üldvalimil kogu skaalaga kriminaalsust kajastav väide nr 117 (vastavalt $r=0,69$, $r=0,47$).

Patsientidel on koguskaalaga tugevamalt seotud veel väited, mis kajastavad impulsiivsust (snap146 $r=0,58$; snap66 $r=0,56$), lapsepõlve käitumishäireid (snap191 $r=0,57$; snap23 $r=0,54$), kriminaalsust (snap73 $r=0,56$; snap232 $r=0,53$), vastutustundetust (snap 289 $r=0,54$) ja agressiivsust (snap56 $r=0,50$). Üldvalimil seonduvad koguskaalaga rohkem lapsepõlve käitumishäireid (snap23, $r=0,46$; snap5 $r=0,44$; snap152 $r=0,41$) ning valelikkust (snap 102 $r=0,41$) kajastavad väited.

Tabel 1

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisereliaablus ja Cronbachi alfa väärtus, kui vastav tunnus on kustutatud

SNAP-2 ANT skaala väide	Patsiendid (n=100)			Üldvalim (n=500)		
	Keskmine, kui vastav tunnus on kustutatud	Tunnuse – koguskaala korrelatsioon	Cronbachi alfa, kui vastav tunnus on kustutatud	Keskmine, kui vastav tunnus on kustutatud	Tunnuse – koguskaala korrelatsioon	Cronbachi alfa, kui vastav tunnus on kustutatud
snap5	10,65	,495	,856	8,12	,437	,745
snap23	10,69	,544	,855	8,16	,457	,745
snap29	10,55	,179	,864	8,09	,242	,755
snap37	10,64	,279	,861	8,05	,174	,759
snap56	10,69	,503	,856	8,20	,306	,753

snap66	10,51	,563	,854	8,04	,381	,747
snap73	10,46	,555	,854	7,50	,011	,767
snap80	10,49	,338	,860	7,86	,289	,753
snap91	10,72	,305	,860	8,08	,296	,752
snap97	10,93	,428	,859	8,29	,145	,759
snap102	10,64	,303	,860	8,06	,412	,746
snap104	10,70	,305	,860	8,18	,304	,752
snap114	10,43	,086	,866	7,78	,064	,767
snap117	10,65	,686	,851	8,21	,465	,747
snap118	10,82	,384	,859	8,25	,305	,754
snap129	10,69	,347	,859	7,95	,270	,754
snap146	10,65	,577	,853	8,11	,318	,751
snap152	10,59	,400	,858	8,14	,405	,747
snap191	10,87	,573	,856	8,27	,346	,754
snap198	10,39	,404	,858	7,94	,246	,756
snap209	10,80	,349	,859	8,26	,307	,754
snap225	10,79	,056	,865	7,54	,102	,763
snap228	10,43	,285	,861	7,85	,187	,759
snap229	10,78	,250	,861	8,25	,257	,756
snap232	10,71	,529	,855	8,16	,344	,750
snap243	10,84	,292	,860	8,22	,293	,754
snap251	10,62	,199	,863	8,08	,257	,754
snap258	10,74	,446	,857	8,22	,267	,755
snap289	10,56	,543	,854	8,11	,380	,748
snap311	10,67	-,043	,869	7,61	-,115	,776
snap318	10,39	,327	,860	7,79	,268	,754
snap353	10,70	,488	,856	8,16	,346	,750
snap361	10,75	,312	,860	8,21	,249	,755
snap387	10,80	,357	,859	8,25	,238	,756

Märkus. ANT - antisotsiaalne isiksusehäire

Seostemustri lähemaks uurimiseks kasutasin faktoranalüüsi abi. Faktorite määramisel Kaiser-i kriteeriumi alusel (omaväärtus > 1) annab komponentide maatriks nii patsientide kui üldvalimil tulemuseks 11 komponenti, mis seletavad kokku tunnuse variatiivsusest patsientidel 66,9% ning üldpopulatsiooni esindaval valimil 54%. Omaväärtuste graafiku alusel võiks piirduda ka 7 väitega, kuid sellisel faktorstruktuuril laadub suur osa väidetest esimesele faktorile ning teistele faktorile laaduvad väited suures osas kattuvad omavahel.

7-faktoriline mudel kirjeldab patsientidel 53,7% ning üldvalimil 41,3% tunnuse variatiivsusest. Varimax näitab samuti faktorlaadungite jagunemist 11-le faktorile mõlemas valimis. Üldjoontes on konkreetsete väidete laadumine faktoritele patsientide ja normvalimis

sarnane, kuigi mitte identne. Kuna patsientide valim on eeldatavasti isiksusehäirete seisukohalt olulisem, siis võtsin lähemalt vaatluse alla patsientide valimi antisotsiaalse isiksusehäire skaala pööratud faktorstruktuuri (Tabel 2).

Tabel 2

Faktorlaadungid pööratud faktormatriksi korral patsientide valimil

väite nr	Komponent										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
snap5	,772	,221	,015	-,068	,051	-,007	,183	,103	,030	-,017	,070
snap152	,746	,052	-,011	,077	,002	-,050	,017	-,017	,033	,092	,020
snap23	,743	,312	,092	-,127	,213	,128	-,091	,091	,113	,036	-,084
snap117	,689	,326	,210	,169	-,054	,217	-,073	,049	,176	,107	-,055
snap73	,631	-,031	,078	,272	,009	,249	,017	,091	,138	,197	,182
snap97	,168	,818	,084	,019	,130	-,054	,142	,050	-,031	-,088	,063
snap387	,155	,693	,028	-,050	-,227	,261	-,067	,066	,055	,035	-,195
snap191	,411	,664	-,055	,171	,171	-,009	,102	,102	,240	-,151	,145
snap258	,226	,550	,018	,060	,326	-,150	-,145	,041	,250	,309	-,219
snap129	,110	,039	,803	-,048	,157	,016	,060	,140	-,033	,127	,029
snap102	,012	,196	,630	,057	-,107	,408	-,016	,053	-,209	,121	,067
snap37	,105	-,195	,510	,436	,143	-,064	,033	,108	,055	-,066	-,099
snap29	-,068	,012	-,080	,784	,128	-,050	,051	,049	-,028	-,038	-,162
snap146	,199	,168	,207	,671	-,059	,148	,298	,026	,087	,129	,105
snap66	,326	,192	,183	,455	,127	,113	,154	-,217	,078	,355	-,114
snap243	-,008	,136	,035	,105	,743	,192	,058	,209	-,066	,073	,090
snap361	,131	,037	,363	,077	,642	-,156	-,021	,069	,171	,037	-,061
snap225	-,139	,133	,232	,040	-,521	-,205	-,029	,428	,260	,110	,111
snap209	,309	,119	,004	-,068	,058	,695	-,023	,237	-,001	-,072	-,055
snap318	-,088	-,041	,208	,197	,194	,613	,138	-,112	,227	,208	,224
snap114	-,125	,045	,018	,121	-,081	-,036	,785	-,039	-,036	-,010	-,065
snap198	,279	,026	-,088	,100	,241	,125	,620	,122	,012	,241	-,183
snap289	,204	,093	,315	,114	,051	,072	,521	,067	,315	,298	,150
snap80	,140	-,012	,094	,152	,108	,135	-,038	,749	,192	,017	,032
snap251	,068	,125	,079	-,062	,078	,015	,071	,707	-,136	,039	-,070
snap229	,165	,116	-,208	-,051	-,029	,053	-,044	,072	,712	,125	,011
snap353	,347	,421	,179	,109	,086	-,130	,095	-,143	,481	-,031	-,279
snap228	,179	-,058	,058	,170	-,001	,352	,306	-,243	,431	-,209	-,192
snap56	,038	,339	,154	,256	-,005	,213	,134	,190	,395	,164	,137
snap104	,135	-,110	,136	-,006	,065	-,009	,140	,074	,069	,846	-,029
snap232	,219	,405	-,038	,351	-,106	,201	,081	,047	,103	,439	-,110
snap311	,098	-,012	,128	-,079	-,041	,082	-,138	-,060	-,027	-,106	,791
snap91	0,056	,226	,381	,298	-,043	,176	-,056	-,032	,022	-,084	-,525
snap118	,249	,354	-,274	,268	,237	,172	-,043	,175	,085	,061	,381

Märkus. Peakomponentide meetod, rotatsioon Varimax Normalized; tumedalt märgitud faktorile laaduvad väited; N=100

Igale faktorile laadub 2-5 väidet. Kõige suurem osa - viis väidet laadub esimesele faktorile ning väidete sisu uurides kajastavad need sotsiaalsete normide rikkumist nii lapsepõlves kui täiskasvanueas. Teisele faktorile laaduvad väited kirjeldavad erinevaid käitumisprobleeme lapsepõlves. Kolmas faktor peegeldab teiste inimeste ärakasutamist. Kalduvust impulsiivselt tegutseda kajastab faktor number 4. Faktorlaadungid viiendal faktoril kirjeldavad ekstreemseid lapsepõlve käitumisprobleeme ning agressiivsust täiskasvanueas. Kuuendale faktorile laaduvad väited kirjeldavad mõlemad hooletut käitumist. Seitsmes faktor kirjeldab vastutustundetut käitumist. Viimastele (8-1) faktoritele laaduvad väited ei peegelda sisu poolest ühtseid kriteeriume. Selline tulemus ühtib omaväärtuste graafiku alusel tehtavate järeldustega.

Antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed teiste SNAP-2 skaaladega

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala korrelatsioonid SNAP-2 isiksusejoontega on esitatud Tabelis 3. Isiksuseomadustest korreleerub patsientide ning üldvalimil antisotsiaalse isiksusehäirega kõige tugevalt pidurdamatus ($r=0,81$ ja $r=0,80$; $p<0,01$), tugev seos on ka puhta pidurdamatusega ($r=0,75$ ja $0,74$; $p<0,01$), impulsiivsusega ($r=0,72$ ja $r=0,63$; $p<0,01$), manipulatiivsusega ($r=0,67$ ja $r=0,70$; $p<0,01$) ning agressiivsusega ($r=0,66$ ja $r=0,54$; $p<0,01$), mõõdukas seos on ka usaldamatusega ($r=0,41$ ja $r=0,41$; $p<0,01$).

Tabel 3

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala korrelatsioonid SNAP isiksusejoonte skaaladega patsientide-ja üldvalimil

SNAP Skaala	Patsientide valim (n=100)	Üldvalim (n=496)
Negatiivne temperament	.19	.23**
Usaldamatus	.41**	.41**
Manipulatiivsus	.67**	.70**
Agressiivsus	.66**	.54**
Enesekahjustamine	.36**	.42**
Madal enesehinnang	.35**	.38**
Suitsiidikalduvus	.30**	.30**
Ebatavaline tajuj	.37**	.34**
Sõltuvus	.20*	.17**
Positiivne temperament	.17	.03

Ekshibitsionism	.34**	.20**
Õigustatus	.16	.15**
Eraldatus	-.13	.14**
Pidurdamatus	.81**	.79**
Puhas pidurdamatus	.75**	.74**
Impulsiivsus	.72**	.63**
Sündsus	-.08	-.26**
Töömaania	-.23*	-.13**

Märkus. Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Järgmisena jagasin nii patsientide kui üldvalimi antisotsiaalse isiksusehäire skaala prantsentiilskooride alusel gruppideks, et võrrelda omavahel kõrge ning madala antisotsiaalsusega isikuid. Kaks gruppi moodustasin alumise ja ülemise kvartiili põhjal ning kolmanda grupi moodustasid nende vahele jäävad isikud (2. ja 3. kvartiil). Patsientide esimesse gruppi kuulusid isikud, kelle skoor jäi vahemikku 0-5 punkti ($N=26$), teise grupi skoor jäi vahemikku 6-16 punkti ($N=53$) ning kolmanda grupi inividid skoorisid 17 ja rohkem punkti SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaalal ($N=21$). Üldvalimi grupid moodustusid samuti prantsentiilskooride põhjal: 1 grupp: 0-4 punkti ($N=139$), 2 grupp 5-9 punkti ($N=303$), 3 grupp 10 ja rohkem punkti ($N=123$). Ülemisse kvartiili kuulus patsientide grupis 21% ning üldvalimis 27% katseisikutest.

Kõrge ja madala antisotsiaalsusega isikuid võrreldes selguvad olulised ($p < 0,001$) gruppidevahelised erinevused nii patsientide kui üldvalimis järgmistel isiksusejoonte skaaladel: usaldamatus, manipulatiivsus, agressiivsus, enesekahjustamine, madal enesehinnang, ebatavaline taju, pidurdamatus, puhas pidurdamatus ning impulsiivsus. Kõrge antisotsiaalsusega isikud said nendel skaaladel keskmiselt kõrgemaid skoori. Üldvalimis ilmneb ka oluline seos kõrge antisotsiaalsuse taseme ning madala sündsuse vahel ($p < 0,001$).

Kõige suurem erinevus kõrge ja madala antisotsiaalsusega patsientide vahel esineb pidurdamatuses ($M=6,69$ vs $M=21,29$) ning agressiivsuses ($M=3,77$ vs $M=12,14$). Üldvalimis erinevad kõrge ja madala antisotsiaalsusega isikud enim pidurdamatuse ($M=1,73$ vs $M=8,02$) ning manipulatiivsuse tasemes ($M=3,77$ vs $M=12,14$). Need tulemused kinnitavad korrelatsioonimaatriksis ilmnenuid seoseid. Seega nii patsientide seas kui üldvalimis ilmneb seos kõrge antisotsiaalsuse ja pidurdamatuse vahel, patsientide seas eristab lisaks sellele kõrge antisotsiaalsusega isikut agressiivsuse tase, üldvalimis manipulatiivsus.

Seoste täpsemaks uurimiseks teostasin regressioonanalüüsi võttes aluseks Tabelis 3 esitatud tugevamalt väljendunud korrelatsioonid SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire ning isiksusejoonte skaalade vahel. Regressioonimudel näitab patsientide valimil olulist seost agressiivsusega, kirjeldades koguvariatiivsusest 74%. Üldvalimil on antisotsiaalne isiksusehäire oluliselt seotud manipulatiivsuse, agressiivsuse ning impulsiivsusega (Tabel 4 ja 5). Üldvalimis seletab regressioonimudel 71% koguvariatiivsusest.

Tabel 4

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala regressioonanalüüsi tulemused isiksusejoonte alusel patsientide valimis

Skaala	Beetakordaja	Standardviga	<i>t</i>	<i>p</i>
Manipulatiivsus	0,05	0,15	0,52	0,60
Impulsiivsus	0,27	0,15	2,44	0,02
Pidurdamatus	0,31	0,24	1,20	0,24
Puhas pidurdamatus	0,08	0,31	0,50	0,62
Agressiivsus	0,31	0,09	4,86	0,00

Märkus: N=99; R=0,86, R²= 0,74, kohandatud R²= 0,73, standardviga=3,37

Tabel 5

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala regressioonanalüüsi tulemused isiksusejoonte alusel üldvalimis

Skaala	Beetakordaja	Standardviga	<i>t</i>	<i>p</i>
Manipulatiivsus	0,26	0,05	6,58	0,00
Impulsiivsus	0,18	0,05	4,13	0,00
Pidurdamatus	0,15	0,07	1,80	0,08
Puhas pidurdamatus	0,26	0,10	4,51	0,00
Agressiivsus	0,19	0,04	6,60	0,00

Märkus: N=496; R=0,84, R²=0,71, kohandatud R²=0,70, standardviga=2,42

Kuna isiksusehäirete üheks probleemkohaks peetakse komorbiidsust, uurisin ka isiksusehäirete skaalade omavahelisi korrelatsioone. Antisotsiaalse isiksusehäire korrelatsioonid teiste isiksusehäiretega on esitatud Tabelis 6 ja 7.

Tabel 6

SNAP-2 isiksusehäirete skaalade vahelised korrelatsioonid patsientide valimil

	ANT	SZD	STP	PAR	BDL	HIS	NAR	AVD	DPN
Skisoidne (SZD)	-.13								
Skisotüüpne (STP)	.35**	.45**							
Paranoiline (PAR)	.46**	.22*	.74**						
Piirialane (BDL)	.64**	.18	.75**	.69**					
Histriooniline (HIS)	.38**	-.47**	.11	.17	.38**				
Nartsissistlik (NAR)	.44**	-.22*	.36**	.41**	.46**	.62**			
Vältiv (AVD)	-.00	.58**	.58**	.47**	.39**	-.09	.00		
Sõltuv (DPN)	.25*	.44**	.44**	.38**	.55**	.45**	.25*	.59**	
Obsessiiv-kompulsiivne (OBC)	-.31**	.29**	.29**	.30*	.00	-.01	.25*	.34**	.08

Märkus. ANT-antisotsiaalne isiksusehäire; $N=100$; Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest
 ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Tabel 7

SNAP-2 isiksusehäirete skaalade korrelatsioonid teiste isiksusehäiretega üldvalimil

	ANT	SZD	STP	PAR	BDL	HIS	NAR	AVD	DPN
Skisoidne (SZD)	-.12**								
Skisotüüpne (STP)	.39**	.40**							
Paranoiline (PAR)	.42**	.22*	.72**						
Piirialane (BDL)	.61**	.24**	.66**	.67**					
Histriooniline (HIS)	.32**	-.40**	.19*	.19**	.44**				
Nartsissistlik (NAR)	.35**	-.22*	.27**	.27**	.40**	.64**			
Vältiv (AVD)	.14**	.49**	.54**	.52**	.47**	-.03	.03		
Sõltuv (DPN)	.22**	.08	.40**	.37**	.49**	.35**	.22**	.54**	
Obsessiiv-kompulsiivne (OBC)	.17**	.19**	.26**	.32*	.17**	-.00	.09*	.32**	.04

Märkus. ANT-antisotsiaalne isiksusehäire; $N=500$; Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest
 ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Võttes arvesse, et isiksushäire diagnostiliste kriteeriumite hulka kuulub valetamine ja manipuleerimine, vaatlesin lisaks antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed SNAP-2 valiidsusskaaladega. Andmeanalüüsist nähtub, et antisotsiaalse isiksusehäire skaala skoor on oluliselt ($p<0,01$) seotud valiidsuskaalaga lõpu hälbimus (BDEV). Korrelatsioonid mõlemas valimis on sarnased ($r=0,60$ ja $r=0,56$). Seosed ei ole küll märkimiväärselt tugevad, pigem

mõõdukad. Keskpärase negatiivne korrelatsioon tuli välja vooruslikkuse (RV) ja antisotsiaalse isiksusehäire skaala vahel ($r = -0,40$ ja $r = -0,35$). Seoseid kirjeldab Tabel 8.

Tabel 8

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala korrelatsioonid valiidsusskaaladega

SNAP ANT	ii	bdev	dev	rv	drin	trin	vrin
Patsiendid (n=100)	-,00	,60**	,29**	-,40**	-,16	,34**	,17
Norm (n=500)	,08	,56**	,34**	-,35**	,02	,22**	,27**

Märkus. Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$;

ANT= antisotsiaalne isiksusehäire, ii= üldine valiidsusindeks, bdev= lõpu hälbumus, dev= hälbumus, rv= vooruslikkus, drin= sotsiaalselt soovitatav vastamine, trin= päriolekukaldumus, vrin= juhuslik vastamine

Lisaks korrelatiivsetele seostele skaalade vahel uurisin valiidsusskaalade skooride erinevusi kõrge ja madala antisotsiaalsusega gruppides. Aluseks võtsin taas prantsentiilskoorid antisotsiaalse isiksusehäire skaalal ning moodustasin eelnevalt kirjeldatud kolm gruppi mõlemas valimis. Dispersioonanalüüsi tulemused viitavad statistiliselt olulistele gruppidevahelistele erinevustele mõlemas valimis.

Patsientide puhul tulevad välja erinevused kahel valiidsusskaalal: lõpu hälbumus (BDEV) ning vooruslikkus (RV) ($p < 0,001$). Alumise kvartiili keskmine skoor BDEV skaalal oli 2,81 ($SD = 2,00$) ning ülemisel kvartiilil keskmine 7,90 ($SD = 2,94$). Alumise kvartiili keskmine skoor patsientidel 4,31 ($SD = 2,45$) ja ülemisel kvartiilil 1,90 ($SD = 1,76$). Üldvalimil olid gruppidevahelised erinevused statistiliselt olulised kõigil skaaladel v.a. päriolekukaldumus (TRIN) ja üldine valiidsusindeks (II) ($p < 0,001$).

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed IPDE intervjuu ning IPDE sõel-

küsimustikuga

Võrdlesin SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala seoseid teiste Eestis kasutusel olevate isiksusehäirete mõõtevahenditega: IPDE sõelküsimustik ning IPDE struktureeritud intervjuu. Tabelis 9 on esitatud SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala ja IPDE sõelküsimustiku isiksusehäirete skaalade korrelatsioonid. Korrelatsioon SNAP-2 antisotsiaalse ja IPDE-SQ düssotsiaalse isiksusehäire skaalade vahel on patsientide valimis $r = 0,65$ ($p < 0,01$) ning üldvalimis $r = 0,64$ ($p < 0,01$). Üsna tugevalt ($r = 0,58$ ja $0,50$; $p < 0,01$) ilmneb seos ka impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksusehäire ja SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala vahel.

Tabel 9

SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala ja IPDE sõelküsimumstiku skaalade omavahelised korrelatsioonid

SNAP ANT	PAR	SZD	DYS	IMP	BDL	HIS	ANK	AVD	DEP
Patsiendid (n=94)	.49**	-.52	.65**	.58**	.38**	.21*	-.23*	-.06	.16
Üldvalim (n=466)	.25**	.10*	.64**	.50**	.38**	.32**	-.07	.18**	.10*

Märkus. Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$;

PAR-paranoiline, SZD-skisoidne, DYS-düssotsiaalne, IMP-impulsiivset tüüpi ebastabiilne, BDL-piirialast tüüpi ebastabiilne, HIS-histrioiline, ANK-anankastne, AVD-vältiv, DEP-sõltuv

Tabel 10 annab ülevaate IPDE struktureeritud intervjuu ja SNAP-2 isiksusehäire skaalade omavahelistest korrelatsioonidest. IPDE düssotsiaalse isiksusehäire skaala ning SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala korrelatsioon patsientide valmis on $r=56$ ($p < 0,01$).

Tabel 10

SNAP testi ja IPDE intervjuu isiksusehäirete skaalade vahelised korrelatsioonid

SNAP isiksusehäire skaala	IPDE intervjuu skaala								
	PAR	SZD	DYS	IMP	BDL	HIS	ANK	AVD	DEP
Paranoiline (PAR)	.46**	.02	.35**	.28**	.43**	.17	.26*	.21	.21
Skisoidne (SZD)	.11	.57**	.05	-.11	-.01	-.17	.27*	.44**	.02
Skisotüüpne (STP)	.29**	.14	.28**	.24*	.38**	.23*	.19	.39**	.31**
Antisotsiaalne (ANT)	.23*	-.14	.56**	.60**	.56**	.46**	-.19	-.23*	.05
Piirialane (BDL)	.34**	-.08	.49**	.57**	.67**	-.47**	.02	.05	.31**
Histrioiline (HIS)	.12	-.50**	.17	.40**	.42**	.56**	-.13	-.31**	.19
Nartsissistlik (NAR)	.22*	-.23*	.11	.19	.23*	.43**	.09	-.24*	.09
Vältiv (AVD)	.10	.21	.07	-.04	.15	-.08	.31**	.67**	.36**
Sõltuv (DPN)	.08	-.01	.19	.21	.37**	.27*	.11	.35**	.58**
Obsessiiv-kompulsiivne (OBC)	.15	.13	-.17	-.28**	-.21	-.23*	.49**	.25*	.10

Märkus. Korrelatsioonide aluseks on Pearsoni korrelatsioonitest ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; N=86;

Tumedas kirjas märgitud IPDE intervjuu skaala kõrgeim korrelatsioon SNAP skaalaga; allajoonitud SNAP-2 skaala kõrgeim korrelatsioon IPDE intervjuu skaalaga; PAR-paranoiline, SZD-skisoidne, DYS-düssotsiaalne, IMP-impulsiivset tüüpi ebastabiilne, BDL-piirialast tüüpi ebastabiilne, HIS-histrioiline, ANK-anankastne, AVD-vältiv, DEP-sõltuv

Korrelatsioonimaatriksist ilmneb ka impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksusehäire oluline seos SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaaga. IPDE intervjuu impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksusehäire skaala omab SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaalaga tugevamaid seoseid

kui kui piirialase isikususehäirega ning SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala kõige tugevam korrelatsioon IPDE intervjuu skaaladest ilmes samuti impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksuse skaalaga mitte düssotsiaalse isiksusehäire skaalaga.

Arutelu

Töö eesmärgiks oli kontrollida SNAP-2 eesti versiooni antisotsiaalse isiksusehäire skaala reliaablust ja valiidsust ning seoseid teiste SNAP-2 sisu- ja valiidsusskaaladega.

Antisotsiaalse isiksusehäire skaala sisereliaablus on hea - patsientide (n=100) valimil Cronbachi α 0,86, üldvalimil (n=500) α 0,76. Ühegi väite kustutamisel skaala sisereliaablus märkimisväärselt ei tõuseks. Need tulemused on ligilähedased SNAP-2 originaalversiooni tulemustega, kus patsientide valimil α = 0,82, üldvalimi sisereliaablus α = 0,83.

Skoorid antisotsiaalse isiksusehäire skaalal jäid vahemikku 0-30 punkti. Prantsentiilskaalal kuulus ülemisse kvartiili 21% patsientide valimis ning üldvalimis 27% katseisikutest. Antisotsiaalsuse tasemes esinesid soolised ning gruppidevahelised erinevused. Kõrgemaid skooore said patsiendid võrreldes üldvalimiga ja mehed võrreldes naistega. Need tulemused on kooskõlas teiste epidemoloogiliste uuringutega. Statistiliselt olulisusi vanuselisi erinevusi antisotsiaalsuses välja ei tulnud. Kuigi on leitud, et antisotsiaalne isiksusehäire leeveneb vanusega (üle 45a isikutel), siis antud töös ei olnud tegemist antisotsiaalse isiksusehäire diagnoosiga patsientidega ning teised uurijad väidavad, et antisotsiaalsus vanusega ei kahane, küll aga kahaneb antisotsiaalsete isikute arv läbi enneaegse suremuse (Repo-Tiihonen jt., 2001).

Nii patsientide- kui üldvalimil oli antisotsiaalse isiksusehäire skaalaga kõige tugevamalt seotud üks ja sama väide kriminaalse käitumise kohta. Nõrgemini olid seotud skaalaga kahetsuse puudumist ning kriminaalsust puudutavad väited. Patsientidel seostusid skaalaga tugevamalt veel erinevaid diganostilisi kriteeriume kajastavad väited impulsiivsuse, lapsepõlve käitumishäirete, kriminaalsuse, vastutustundetuse ja agressiivsuse kohta. Üldvalimil olid koguskaalaga tugevamalt seotud lapsepõlve käitumishäireid ning valelikkust kajastavad väited. Kriminaalset käitumist puudutavate väidete vastuoluline seostumine koguskaalaga viitab kirjanduses esiletoodud probleemiga kriminaalse käitumise arvestamisest antisotsiaalse isiksusehäire diagnoosimisel.

Kriminaalne käitumine ei ole kõige valiidses antisotsiaalse isiksusehäire ennustaja, kuna ka ilma antisotsiaalse isiksusehäireta inimesed võivad panna toime kriminaalseid ja antisotsiaalseid tegusid (näiteks ebasoodsas majanduslikus olukorras või sõltuvushäirega inimesed). Demonstreeritud on ka vastupidine tendents – antisotsiaalse isiksusehäirega

indiviidid ei pruugi olla kriminaalkorras karistatud (Coid ja Ullrich, 2010). Antisotsiaalsed inimesed suudavad sageli enda iseloomumadusi (manipuleerimine) kasutades kriminaalvastutusest pääseda, mistõttu ei ole ainult kriminaalkaristus antisotsiaalse isiksusehäire näitaja. Testitulemused võivad olla mõjutatud ka küsimuste tõlgendamistest – mida keskmine ühiskonnaliige peab õigusvastaseks käitumiseks ei pruugi antisotsiaalse isiksuse jaoks see olla, kuna ta kaldub oma teguviisi õigustama, teisi süüdistama ning tegusid minimaliseerima. Samuti ei pruugi antisotsiaalsed isikud kriminaalsust kajastavaid väiteid küsimustikes omaks võtta. Selleks on SNAP-2 lisatud valiidsusskaalad, mille tulemuse hindamisel saab teha järeldusi testitulemuste usaldusväärse kohta.

SNAP-2 valiidsusskaalad hindavad testitajaja stiili ja hoiakut küsimustikule vastamisel. Kuigi valiidsusskaalad on mõeldud avastamiseks profiile, on äärmuslikud ja kõrvalekalduvad, siis antisotsiaalse isiksusehäire puhul on äärmuslik tulemus ootuspärane tulenevalt selle isiksusehäire diagnostilistest kriteeriumitest. Seda kinnitavad ka antud töö tulemused – mida kõrgema antisotsiaalsusega isik, seda kõrgemaid skoorid saab ta lõpu hälbimuse (BDEV) valiidsusskaalal. See skaala on loodud avastamiseks testitajajaid, kes võtavad omaks testi lõpupoole deviantseid väiteid. Kõrged skoorid BDEV skaalal võivad viidata sotsiaalselt ebasoovitavatele mõtetele ja käitumistele, soovile luua endast negatiivne kuvand, hooletule ja juhuslikule vastamisele, mis võib tuleneda väsimusest või tüdimusest testi täitmisel. Antisotsiaalse isiksusehäire puhul ei ole selle skaala tulemused üheselt tõlgendavad, kuna antisotsiaalset isikut iseloomustabki sotsiaalsetest normidest kõrvalekalduvus. Kui võtta aga arvesse, et antisotsiaalsemad inimesed ei eristu teisel üldisel deviantsuse skaalal (DEV), siis võib kõrge antisotsiaalsusega isikute puhul kõrge skoor BDEV valiidsusskaalal kirjeldada pigem kalduvust tüdineda või kiirelt väsida küsimustikule vastamisel. Ka Dawson ja Grounds (1995) on toonud välja antisotsiaalsete isikute raskused igavuse talumisel, mida üks 390-väiteline test võib antisotsiaalse isiksuse jaoks tähendada. Negatiivne korrelatsioon vooruslikkuse (RV) skaalaga on samuti ootuspärane. Seega ei ole kõrge antisotsiaalsusega isikud väga kombelised ning ka testi küsimustele vastates ei kaldu nad end paremast küljest näitama (ka DRIN ehk sotsiaalse soovituskaala tulemused ei eristu üldvalimist). Võib öelda, et SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala seosed valiidsusskaaladega kinnitavad antisotsiaalset isiksusehäiret iseloomustavaid tunnuseid testis.

Faktoranalüüs peegeldas antisotsiaalse isiksusehäire mitmetahulisust 11-faktorilise faktorstruktuurina. Faktorlahendit uurides on näha selgelt eristuvad antisotsiaalset isikust

kirjeldavad faktorid: sotsiaalsete normide rikkumine nii lapseas kui täiskasvanuna, käitumisprobleemid lapsepõlves, manipuleerimine, impulsiivsus, ekstreemsed teod ja agressiivsus, hoolimatus enda ja teiste heaolu suhtes ning vastutustundetus.

Isiksusejoontest on antisotsiaalne isiksusehäire skaala oluliselt seotud pidurdamatuse, impulsiivsuse, manipulatiivsuse ning agressiivsusega. Tugevad seosed ilmnevad nii patsientide kui üldvalimis. Tulemused on sarnased SNAP-2 käsiraamatus esitatuga, kus patsientide valimil on korrelatsioon pidurdamatusega $r=0,56$, manipulatiivsusega $r=0,43$, impulsiivsusega $r=0,39$ (Clark jt., trükis). Kõrge ja madala antisotsiaalsusega gruppide võrdlus kinnitas eriti pidurdamatuse ning agressiivsuse seoseid kõrgema antisotsiaalsuse tasemega patsientide hulgas ning manipulatiivsuse ning pidurdamatuse seost antisotsiaalsuse määraga üldvalimis. Regressioonanalüüsi põhjal on kõige olulisem antisotsiaalsuse taseme ennustaja agressiivsus. Sarnastele tulemustele on jõudnud ka teised uurijad, näiteks Coid ja Ullrich (2010), kes peavad agressiivsust kriminaalsusest olulisemaks antisotsiaalse isiksusehäire ennustajaks.

Ootuspäraselt ilmnes isiksusehäirete skaalade vahel kõrge komorbiidsus. Tugevad korrelatsioonid esinesid B-klastri isiksusehäirete vahel. Antisotsiaalse isiksusehäire skaalal oli tugevaim korrelatsioon piirialase isiksusehäire skaalaga. Lisaks B-klastri häiretele oli antisotsiaalse isiksusehäire skaala oluliselt seotud ka paranoilise ning skiotüüpse isiksusehäire skaaladega. Seega ei esine komorbiidsus ainult klastrite sees vaid ka nende vahel.

IPDE intervjuu düssotsiaalse isikuse skaala ning SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala vahel on mõõdukad seosed. Üllatuslikult ilmnes SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala kõige tugevam seos IPDE impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksusehäire mitte düssotsiaalse isiksusehäire skaalaga. Samuti oli impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksusehäire skaala kõige tugevamalt seotud SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaalaga.

SNAP-2 antisotsiaalse ning IPDE sõelküsimumstiku düssotsiaalse isiksusehäire skaalade vahel ilmnesid mõõdukad seosed. IPDE sõelküsimumstiku näol on tegemist sõeltesti mitte diagnostilise instrumendiga, mis võib seletada mõõdukaid korrelatsioone skaalade vahel. Samas ei olnud oluliselt tugevamad seosed ka IPDE intervjuu düssotsiaalse isiksusehäire skaala ning SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala vahel.

Eelnevast nähtub, et SNAP-2 peegeldab üldisi isiksusehäirete kategooriaalse kontseptualiseerimise ning antisotsiaalse isiksusehäire diagnostilisi probleeme. SNAP-2 antisotsiaalse isiksusehäire skaala ökoloogiliseks uurimiseks tuleks uurida ka kriminaalkorras karistatud isikuid võrdlemaks valimeid omavahel ning hindamaks antisotsiaalse isiksusehäire skaala reliaablust ja valiidsust grupil, kus eeldatavasti on kõige kõrgem antisotsiaalsuse ning agressiivsuse tase.

Viited

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: Author
- Banerjee, P.J.M., Gibbon, S., Huband, N. (2009). Assessment of personality disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 389–397.
- Beck, A. T., Freeman, A. (2004). Antisocial Personality Disorder. In Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (Eds) *Cognitive therapy of personality disorders* (pp 162-186). New York, NY: Guilford Press.
- Benjet C.,Guilherme B.,Medina-Mora M. E. (2008). DSM-IV personality disorders in Mexico: Results from a general population survey. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (3), 227–234.
- Black, D.W, Baumgard, C.H, Bell, S.E. (1995). A 16–45 year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 36:130-40.
- Clark, L. A., Simms, L. J.,Wu, K. D. ja Casillas, A. (In Press). SNAP-2. Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality – 2. Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Coid, J., Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 426-433.
- Costa, P.T., Widiger, T.A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality (2nd ed.)*. Washington , DC: American Psychological Association.
- Dawson, J.H., Grounds, A.T. (1995). *Personality disorders: recognition and clinical management*. Cambridge University Press.
- Fazel, S., Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.

Huchzermeier, C., Geiger, F., Bruß, E., Godt, N., Köhler, D., Hinrichs, G., Aldenhoff, J.B. (2007). The relationship between DSM-IV Cluster B personality disorders and psychopathy according to Hare's criteria: clarification and resolution of previous contradictions. *Behavioral Science and the Law*, 25, 901-911.

Kaera, A. (2008). Adaptation of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) into Estonian. Master thesis. Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut, Tartu.

Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. (Eds.).(1997). Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE), Cambridge: Cambridge University Press.

Lust, K. (2010). Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustiku (SNAP) Eesti normid. Magistritöö. Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut, Tartu.

Lynam, D. R., & Vachon, D. D. (2012). Antisocial personality disorder in DSM-5: Missteps and missed opportunities. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 3(4), 483-495.

Maailma Tervishoiuorganisatsioon. (1995). Psüühika ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Tartu: Tartu Ülikool.

McMurrin, M., Howard, R. (2009). *Personality, personality disorder and violence*. Wiley.

Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34(5), 231-242.

Paris, J., Chenard-Poirier, M.-P., Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (4), pp. 321-325.

Poythress, N. G., Skeem, J. L., Douglas, K. S., Patrick, C. J., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., Frick, P.J, Epstein, M, Tao, W. (2010). Identifying Subtypes Among Offenders With Antisocial Personality Disorder: A Cluster-Analytic Study. *Journal Of Abnormal Psychology*, 119(2), 389-400.

Rannu, M. (2009). *Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustiku (SNAP) teise eesti versiooni uuring*. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.

Repo-Tiihonen, E., Virkkunen, M., Tiihonen, J. (2001). Mortality of antisocial male criminals. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12(3), 677-683.

Rotgers, F, Maniaci, M. (2006). Antisocial Personality Disorder: An Introduction. In Rotgers, F, Maniaci, M (Eds) *Antisocial Personality Disorder: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments* (pp 1-10). New York, Springer.

Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D., & Smith, H. (2002). Personality disorders in prison: Aren't they all antisocial? *The Psychiatric Quarterly*, 73(4), 337-349.

Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184(2), 118-27.

Tänuõnad

Täna südamest oma juhendajat Maie Kreegipuud julgustamise, asjakohaste kommentaaride ning mõistva suhtumise eest töö valmimise protsessis. Minu tänuõnad kuuluvad ka Andres Kaerale, kelle juhendamine ja tagasiside andmeanalüüsi puudutavates küsimustes on hindamatu väärtusega. Eriline tänu ka doktorant Kariina Laasile, kes õpetas mulle lõpuks selgeks SPSS programmi kasutamise ning andmeanalüüsi põhitõed. Täna ka kõiki kolleege ning katseisikuid, kes leidsid aega panustada andmete kogumisse.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Imbi Suun (sünnikuupäev: 27.06.1982)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Antisotsiaalse isiksusehäire skaala valideerimine SNAP-2 testis, mille juhendajad on Maie Kreegipuu ja Andres Kaera.
 - 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 lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 20.05.2014